



Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA Medicare Excel (HMO)

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y considerar sus sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y en la que se consideren sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con un dominio limitado del inglés, con habilidades de lectura limitadas, con incapacidad auditiva o con diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los Miembros.

Nuestro plan debe ofrecerles a las miembros inscritas la opción de tener acceso directo a un(a) especialista en salud femenina dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores especializados disponibles en la red del plan, el plan se encargará de encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo deberá pagar los costos compartidos para proveedores dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesite, llame al plan para obtener este servicio pagando los costos compartidos aplicables a los servicios dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista dentro de la red, comuníquese con CCA Health California (CCA Health) para presentar una queja llamando al 866-333-3530 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 a. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. (Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Nos comprometemos a garantizar que reciba un trato respetuoso, reconociendo su dignidad y su derecho a la privacidad
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia de ninguna persona.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección 1.4.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para poder visitar a los proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Todas las consultas de atención de urgencia o sintomáticas en el consultorio o en el hogar están disponibles en un plazo de 48 horas. Todas las consultas en el consultorio asintomáticas están disponibles en un plazo de 14 días calendario.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 5 de su Evidencia de cobertura se le explica lo que puede hacer.

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.

- Tiene derechos relacionados con su información y el control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos dar la información de su salud a cualquier persona que no le esté brindando atención ni pagando por su atención, **tenemos primero la obligación de obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones para usted primero.**
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales que suelen establecer que no se debe compartir la información que lo identifique de manera única.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, que conserva el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca de la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros.

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia: 4 de agosto de 2023

Por ley, Commonwealth Care Alliance, Inc. tiene la obligación de (i) proteger la privacidad de su **Información Médica (que incluye información de salud mental)**; (ii) proporcionarle este Aviso sobre prácticas de privacidad donde se explican nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información Médica; y (iii) notificarle si su Información Médica sin cifrar se ve afectada por una violación de seguridad.

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y de aplicar de forma efectiva los cambios para toda la Información Médica que mantenemos. Si hacemos un cambio importante en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos al Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de nuestros Proveedores de atención médica; y (iii) haremos copias del Aviso actualizado a pedido. También les enviaremos a los Miembros de nuestro plan información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo correo anual para Miembros. Estamos obligados a respetar los términos del Aviso que actualmente está en efecto.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si tiene preguntas sobre la información en este Aviso, desea ejercer sus derechos o presentar una reclamación, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Empresas a las que aplica este Aviso

Este aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad de la HIPAA como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**Nuestros planes de salud**”: compañías que proporcionan o pagan los beneficios de Medicare Advantage, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, tales una aseguradora de salud o HMO. Otras subsidiarias son Nuestros proveedores de atención médica (“**Nuestros proveedores**”) que proporcionan tratamiento a pacientes, como clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe cómo todas estas entidades utilizan y divulgan su Información médica y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, Nuestros planes de salud utilizan y divulgan su Información médica de la misma manera que Nuestros proveedores y sus derechos a su Información médica son los mismos. Sin embargo, cuando haya diferencias, en este Aviso se explicarán esas diferencias mediante la descripción de cómo tratamos la Información médica sobre el **Miembro de un Plan de salud** de manera diferente a la Información médica sobre el **Paciente de un Proveedor**.

Los Proveedores y Planes de salud a los que se aplica este Aviso incluyen lo siguiente:

Nuestros planes médicos

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Nuestros proveedores de atención médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
 - Boston’s Community Medical Group, Inc. conocido comercialmente como CCA Primary Care
 - CCA PO, Inc.
 - instED™
 - Marie’s Place
-

SECCIÓN 2: Información que recopilamos:

A fin de proporcionar servicios de calidad, las personas tienen la responsabilidad de proporcionarle Información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus subsidiarias.

Commonwealth Care Alliance (CCA) se compromete a proteger la confidencialidad de la Información médica de las personas que se recopila o crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando usted interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar Información médica y otra información sobre usted, según se describe más adelante.

La información médica puede incluir información personal, pero se considera Información médica en su totalidad cuando la proporcione a través de los servicios o en relación con ellos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico, información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos la proporciona voluntariamente, por ejemplo, cuando se pone en contacto con nosotros para hacer consultas, completa formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios.
- Siempre que CCA recopila Información médica, ponemos este aviso a disposición. Al proporcionarnos Información médica, usted da su consentimiento de nuestro uso de acuerdo con este aviso. Si le proporciona información a CCA, reconoce y acepta que dicha información puede transferirse de su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a los terceros autorizados con quienes CCA hace negocios.

SECCIÓN 3: Cómo usamos y divulgamos su Información médica

En esta sección de nuestro Aviso se explica cómo podemos utilizar y divulgar su información médica para proporcionar atención médica, pagar la atención médica, obtener el pago de la atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. Esta sección también describe otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su Información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que Nuestros planes de salud y nuestros Proveedores de atención médica trabajen juntos con otros proveedores de

atención médica para prestarle servicios médicos. Nuestro personal profesional, médicos y otros proveedores de atención (denominados “Equipo de atención”) tienen acceso a su Información médica y comparten su información según sea necesario para realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Tratamiento: Nuestros Proveedores pueden utilizar la Información médica del Paciente y nosotros podremos divulgar dicha Información para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento y coordinar y controlar su atención médica con otros.

Ejemplo: usted recibe el alta de un hospital. Nuestro profesional de enfermería puede divulgar su Información médica a una agencia de atención médica a domicilio para asegurarse de que reciba los servicios que necesite después del alta hospitalaria.

Pago: podemos utilizar y divulgar su Información médica para pagar los servicios de atención médica que ha recibido y obtener el pago de otros por esos servicios.

Ejemplo: su proveedor de atención médica puede enviarle a Nuestro plan de salud una reclamación por los servicios de atención médica que le haya prestado a usted. El Plan médico puede utilizar esa información para pagar la reclamación de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o Medicaid cuando el Plan médico solicite el pago de los servicios.

Operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su Información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permitan administrar los beneficios a los cuales tiene derecho conforme a Nuestro plan de salud y el tratamiento proporcionado por Nuestros proveedores. Por ejemplo, es posible que usemos o divulguemos su Información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, las calificaciones y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de terceros.

- Determinar si tiene derecho a los beneficios en virtud de nuestra cobertura; pero tenemos prohibido por ley utilizar su información genética con fines de aseguramiento.

Actividades conjuntas: Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos para mejorar la salud y reducir los costos. Es posible que participemos en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes médicos. Podemos intercambiar su información médica con otros participantes en estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con las actividades conjuntas de estos “acuerdos organizados de atención médica”.

Personas involucradas en su atención: Podemos divulgar su Información médica a un familiar, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique para que participe en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su Información médica con su cónyuge, le compartiremos esa información. También podremos divulgar su Información médica a estas personas si no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, podremos usar o divulgar su Información médica a un familiar u otra persona que participe en su atención, o posiblemente a una organización socorrista (como la Cruz Roja) en una emergencia si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

En virtud de requisitos legales: Usaremos y divulgaremos su Información médica cuando así nos lo exija la ley. Por ejemplo:

- Divulgaremos la Información médica en respuesta a una orden judicial o una citación.
- Podremos usar o divulgar su Información médica para ayudar a retirar un producto del mercado o para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Revelaremos Información Médica a una agencia de supervisión de salud, que es una entidad encargada de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare y Medicaid).

- Divulgaremos la Información médica de una persona que califica como Representante personal de la persona. Un “Representante personal” tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como los padres o tutores de un niño, una persona con poder de atención médica o un tutor designado por el tribunal para personas con discapacidades.

Amenaza a la salud o a la seguridad: Podremos usar o divulgar su Información médica si creemos que es necesario para evitar o atenuar una amenaza grave a la salud o a la seguridad.

Actividades relacionadas con la salud pública: Podemos utilizar o divulgar su Información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar sobre enfermedades, denunciar abuso infantil o negligencia, y controlar los medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Cumplimiento de la ley: Podemos revelar Información Médica a un funcionario de la aplicación de la ley para fines específicos y limitados, como la divulgación de Información Médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podremos divulgar Información médica sobre un recluso a una institución correccional.

Médicos forenses y otros profesionales: Podremos divulgar Información médica a un médico forense, examinador médico o director de una funeraria, o bien a organizaciones que contribuyan con el trasplante de órganos, ojos y tejidos.

Compensación laboral: Podremos revelar Información Médica de acuerdo con lo autorizado y en cumplimiento de las leyes de compensación laboral.

Organizaciones de investigación: Podemos utilizar o divulgar su Información médica para fines de investigación que cumplan con ciertas condiciones para proteger la privacidad de la Información médica.

Ciertas actividades gubernamentales: Podremos usar o divulgar su información médica para llevar a cabo ciertas actividades gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades militares y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Asociados comerciales: Contratamos a proveedores para realizar funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos “**asociados comerciales**” recopilen, utilicen o divulguen información médica en nuestro nombre para realizar estas funciones. Exigimos a través de contratos que nuestros socios comerciales proporcionen las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos, tal como lo establece la ley.

Comunicaciones de recaudación de fondos: Es posible que usemos o divulguemos información médica para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre) puede no participar de las actividades de recaudación de fondos futuras.

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización previa

Excepto en lo que se describe anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos su Información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o puede comunicarse con nosotros para divulgar su Información médica a otra persona, para lo que le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocar (o cancelar) posteriormente su autorización. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenos la revocación utilizando la **Información de contacto** que aparece al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su Información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado guiándonos por la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su Información médica para la que necesitaremos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines de comercialización:** Podemos usar o divulgar su Información médica con fines de comercialización si contamos con su autorización por escrito. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin necesidad de su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviarle dicha información.

- **Venta de su Información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su Información médica. Para hacerlo, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Uso y divulgación de las notas de psicoterapia:** Excepto para determinadas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o, según lo requerido por ley, solo podremos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

SECCIÓN 5: Sus derechos respecto de su información médica

Usted tiene ciertos derechos en cuanto a su Información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **Información de contacto** que aparece al comienzo de este Aviso.

Derecho a obtener una copia de este Aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo en formato electrónico.

Derecho a acceder a su información para inspeccionarla y hacer copias:

Usted tiene derecho a examinar (consultar o revisar) y recibir una copia o resumen de su Información médica que mantendremos en un “conjunto de registros designados”. Si mantenemos esta información en un formulario electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. Usted también puede pedirles a nuestros Proveedores de atención médica que le envíe a un tercero una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un Registro médico electrónico. Usted debe proporcionarnos una solicitud de acceso por escrito. Es posible que deba pagar una tarifa razonable y basada en el costo de una copia de su Información médica. De acuerdo con la Norma de Privacidad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos denegar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito no más de 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos sobre una extensión).

Derecho a solicitar que se corrija la Información médica: Si cree que la información médica que tenemos es inexacta o incompleta, tiene derecho a solicitar que modifiquemos, corrijamos o la agreguemos a su Información médica. Su solicitud debe estar por escrito e incluir una explicación de por qué nuestra información debe cambiarse. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su

información. Si no estamos de acuerdo, proporcionaremos una explicación con las futuras divulgaciones de la información.

Derecho a obtener una explicación de las divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su Información médica (“**explicación de las divulgaciones**”). La lista no incluye divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones hechas más de seis años atrás, u otras divulgaciones. Brindaremos una explicación detallada por año de manera gratuita, pero podemos cobrar un cargo razonable según el costo si solicita otra dentro de un período de 12 meses. Debe presentar por escrito una solicitud de explicación de divulgaciones.

Derecho a solicitar restricciones de usos y divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar que limitemos cómo usamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto en lo que se describe a continuación, no tenemos que aceptar su restricción solicitada. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia.

Nuestros Proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restricción de divulgación de Información médica si (i) las divulgaciones son para fines de pago u operaciones de atención médica (y no son requeridas por la ley) y (ii) la información se refiere únicamente a artículos o servicios de atención médica por los cuales usted, o otra persona en su nombre (que no sean nuestros Planes de salud), ha pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método de contacto alternativo: Usted tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted en un lugar o a través de un método diferentes. Por ejemplo, puede preferir que toda la información por escrito se le envíe por correo a la dirección laboral, en lugar de a su dirección particular o por correo electrónico. Nuestros proveedores de atención médica aceptarán toda solicitud razonable de métodos alternativos de contacto.

SECCIÓN 6: Puede presentar una reclamación sobre nuestras prácticas de privacidad

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación por escrito, ya sea ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna represalia contra usted ni modificará la forma en que lo trata de ningún modo si presenta una queja.

Para presentar una reclamación por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **Información de contacto** que aparece al principio de este Aviso.

Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de CCA Health, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En el Capítulo 3 y el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura encontrará información sobre los servicios médicos. En el Capítulo 5 y en el Capítulo 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura se proporciona información sobre la solicitud de una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está limitada. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre el cambio de una decisión, también llamada apelación.
- **Información sobre nuestros programas de administración de la calidad.** Puede obtener información sobre los Programas de administración de la calidad que ha creado CCA Health como parte de nuestro compromiso con la administración de la calidad continua.
- **Información sobre sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.** Usted tiene algunas obligaciones que debe cumplir como miembro de la CCA Health.

Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a participar con profesionales y proveedores en la toma de decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene derecho a tener una discusión sobre las opciones de tratamiento pertinentes o médicamente necesarias que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted

considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura se indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

- **Para ser libre de cualquier forma de restricción.** Usted tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación.

Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario impreso para otorgarle a **alguien (denominado “defensor del paciente”)** la **autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo o de comunicarlas.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**”, “**poder para la atención médica**” o “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar un formulario. También puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social, o de algunas tiendas de suministros para el consultorio.

- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entrégueles copias a las personas pertinentes.** Una copia de su directiva anticipada tiene la misma validez del original. Debe entregarles una copia del formulario a su proveedor de atención médica y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Es recomendable que les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una reclamación ante la Oficina del Fiscal General:

Dirección: Attorney General's Office
California Department of Justice
Attn: Public Inquiry Unit
P.O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550

Teléfono: 1-800-952-5225

Web: <https://oag.ca.gov/contact>

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar reclamaciones o apelaciones sobre la organización o la atención que brinda

Si tiene problemas, preocupaciones o reclamaciones y necesita solicitar cobertura, o hacer una apelación, en el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Las decisiones de cobertura se basan en la necesidad médica y los beneficios disponibles para usted como miembro de CCA Health. CCA Health no recompensa ni ofrece incentivos a los proveedores, empleados de CCA Health u otras personas por negar coberturas. Usted puede presentar una apelación interna directamente a nuestro plan. En el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura se indica lo que necesita hacer para presentar una apelación directamente ante el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, que enviarán la apelación a nuestro plan. Consulte el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura para obtener información acerca de cómo contactar a la Administración del Seguro Social y a la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna recomendación sobre nuestros derechos y obligaciones de la política del miembro, puede compartir su sugerencia llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, **y no se trata de discriminación**, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, vaya al Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.10 ¿Qué puede hacer si desea conocer más sobre las Iniciativas para la Mejora de la Calidad de la Salud de CCA?

La mejora significativa y sostenida de la salud y el bienestar de los miembros es el objetivo primario del programa de administración de la calidad de CCA Health. Algunas de las maneras en que CCA Health hace esto son las siguientes:

- Mejorar de forma continua la calidad de la atención clínica y los servicios que reciben los miembros de CCA Health.
- Optimizar la satisfacción del miembro con la atención que reciben de proveedores de la red y de CCA Health.
- Mejorar la salud de las comunidades a las que presta servicios CCA Health.

Consulte la sección Su derechos como miembro de nuestro sitio web en ccahealthca.org para obtener más información sobre los programas de mejora de la calidad de CCA Health.

Sección 1.11 Cómo obtener más información sobre sus derechos
--

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, vaya al Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.
- O puede comunicarse con **Medicare**.

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use la Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto para usted y las normas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En el Capítulo 3 y el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En el Capítulo 5 y el Capítulo 6 se brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 de su Evidencia de cobertura se le informa acerca de cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

- Para ayudarlo a recibir la mejor atención, infórmeles a sus proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
- Asegúrese de que sus proveedores de atención médica conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de pedir y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su proveedor de atención médica, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando una prima para que usted siga siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía (registro de inscritos centralizados) y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CCA Medicare Excel (HMO) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-333-3530 (TTY 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes). La llamada es gratuita.

Aviso de no discriminación

CCA Health California cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, las excluye ni las trata de forma diferente por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública ni residencia. CCA Health California:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Si considera que CCA Health California no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública, puede presentar una queja ante:

CCA Health Plans of California, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY: 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona, por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. Si necesita ayuda para comunicarse con el Coordinador de derechos civiles, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Puede hacerlo de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono llamando a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

En www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html se encuentran disponibles los formularios de reclamos.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-3530 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-3530 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-333-3530 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-333-3530 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-3530 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-3530 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-3530 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-3530 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-3530 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-3530 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-333-3530 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-3530 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-3530 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-3530 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-3530 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-3530 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្លូវរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែប្រែមាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមក យើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។