

## INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

**Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021**

Este manual le proporciona un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

### Tiene a su disposición opciones sobre cómo recibir los beneficios de Medicare

1. Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (tarifa por servicio de Medicare). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
2. Otra opción es recibir los beneficios de Medicare al unirse a un plan de salud de Medicare como el **plan Senior Care Plus HMO:**
  - **Plan Complete-019 (HMO)**

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este manual de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre el **plan Complete–019 (HMO)** y lo que usted paga.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales del Resumen de beneficios correspondientes. O use el Buscador de Planes Medicare en <http://www.medicare.gov>.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “**Medicare y usted**” vigente. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia 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.

### Secciones en este manual

- Lo que debe saber sobre el **plan Complete–019 (HMO)**
- Primas mensuales del plan, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios opcionales (pagará una prima adicional para obtener estos beneficios)

Este documento está disponible en otros formatos, como el sistema braille y en letra grande.

**ATENCIÓN:** Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idiomas, sin cargo. Llame al 1-888-775-7003, de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Cerramos todos los feriados federales.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al número gratuito 888-775-7003 o 702-914-0863 (TTY 711).

## Lo que debe saber sobre el plan Complete–019 (HMO)

### Horarios de atención de Servicio al Cliente

Puede llamarnos de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Cerramos todos los feriados federales.

### Números de teléfono y sitio web de Senior Care Plus

Si es asegurado de este plan, llame de manera gratuita al 888-775-7003 o al 702-914-0863 (TTY: 711). Si no es asegurado de este plan, llame de manera gratuita al 888-775-7003 o al 702-914-0863 (TTY: 711). También puede visitar nuestro sitio web ([www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com)) para obtener más información.

### ¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en el **plan Complete–019 (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Clark y Nye.

### ¿Cuáles son los médicos, hospitales y farmacias que puedo consultar?

El **plan Complete–019 (HMO)** ofrece una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Pero si lo desea, también puede usar proveedores que no forman parte de nuestra red. Generalmente, tiene que usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web ([www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com)). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

### ¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y *más*.

**Nuestros asegurados del plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare.** Para otros, quizás deba pagar menos.

**Nuestros asegurados también reciben *más de lo que cubre Original Medicare*.** Algunos de los beneficios adicionales se resumen en este manual.

**Senior Care Plus:** El **plan Complete** cubre los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos que le administra su proveedor de servicios médicos.

Puede ver la lista de medicamentos completa del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, [www.SeniorCarePlus.com](http://www.SeniorCarePlus.com).

O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

### **¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?**

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Use la lista de medicamentos para identificar en qué nivel está su medicamento para así determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento repasaremos las distintas etapas de beneficios: Cobertura inicial, lapso en la cobertura y cobertura para casos catastróficos.

<b>PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS</b>	
<b>RESUMEN DE BENEFICIOS</b>	
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021	
<i>Primas y beneficios</i>	<i>Plan Complete (HMO)</i>
Prima mensual del plan	<b>\$0</b> por mes. Tiene que seguir pagando la prima de la Parte B del Programa Medicare.
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad del gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Límite anual en este plan: <b>\$2,900</b> por los servicios que recibe de proveedores que forman parte de la red.
<b>BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS</b>	
Es posible que los servicios marcados con un <sup>1</sup> requieran autorización previa. Es posible que los servicios marcados con un <sup>2</sup> requieran una orden médica de su médico.	
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados <sup>1,2</sup>	Copago de <b>\$0</b> por día.
Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
Visitas a médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proveedores de atención primaria</li> <li>○ Especialistas</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> por visitas a médicos de atención primaria que forman parte de la red. Copago de <b>\$0</b> por visitas a especialistas que forman parte de la red.
Atención médica preventiva	No debe pagar nada. Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. Algunos artículos no están cubiertos dentro del costo de \$0.
Atención médica de emergencia	Copago de <b>\$120</b>
Servicios de urgencia	Copago de <b>\$10/\$40</b> , según el centro donde se realice el servicio. Si es ingresado en el hospital inmediatamente, no debe pagar su parte del costo de los servicios de urgencia.
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Diagnóstico por imágenes <sup>1,2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancia magnética)</li> <li>○ Servicios de laboratorio</li> <li>○ Procedimientos y pruebas de diagnóstico</li> <li>○ Radiografías para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se realicen. Copago de <b>\$50</b> , según el servicio Copago de <b>\$0</b> , según el servicio Copago de <b>\$0</b> , según el servicio Copago de <b>\$0</b>

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
RESUMEN DE BENEFICIOS	
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021	
<i>Primas y beneficios</i>	<i>Plan Complete (HMO)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de radiología terapéutica (p. ej., tratamientos de radioterapia contra el cáncer)</li> </ul>	Coseguro del <b>20 %</b>
Servicios para el cuidado de la audición <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Examen de audición</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> <i>Limitado a 1 examen de audición de rutina por año.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Audífonos (<i>hasta 2 audífonos por año; el beneficio se limita a los audífonos TruHearing Advanced y Premium</i>)</li> </ul>	<p><b>Advanced:</b> Copago de <b>\$299</b> por audífono</p> <p><b>Premium:</b> Copago de <b>\$599</b> por audífono</p> <p><b>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</b> 3 visitas al proveedor dentro del primer año de la compra del audífono; período de prueba de 45 días; garantía extendida de 3 años; 48 baterías por audífono.</p> <p><b>Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio.</b> Llame al 1-(844) 341-9611 para programar una cita.</p>
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> <i>Esto <b>no</b> incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, exodoncia o reemplazo de dientes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales preventivos (<i>incluyen 3 limpiezas, 2 exámenes y 2 series de radiografías con aleta de mordida por año</i>)</li> </ul>	No debe pagar nada por los servicios dentales preventivos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios dentales integrales</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> No hay copago por los servicios de diagnóstico y dentales preventivos (2 visitas por año, como máximo).</p> <p>Coseguro del <b>30 %</b> para servicios de restauración, de diagnóstico y que no son de rutina.</p> <p>Coseguro del <b>30 %</b> para endodoncia, periodoncia y extracciones.</p>

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
RESUMEN DE BENEFICIOS	
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021	
<i>Primas y beneficios</i>	<i>Plan Complete (HMO)</i>
	Coseguro del <b>50 %</b> para prostodoncia y cirugía bucal/maxilofacial.
	Copago de <b>\$0</b> por servicios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios para la vista <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios cubiertos por Medicare</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> (1 examen de la vista anual para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista [que incluye el examen anual de detección de glaucoma])
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios para la vista de rutina (limitados a 1 examen de la vista de rutina por año)</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>  Incluye una <b>cantidad asignada de \$150 por año</b> para un conjunto completo de anteojos o lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita para pacientes hospitalizados</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b> por día.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Copago de <b>\$30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	Copago de <b>\$40</b>
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Copago de <b>\$0</b> por día para los días 1 a 20; copago de <b>\$125</b> por día para los días 21 a 40. No debe pagar nada por día para los días 41 a 100.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rehabilitación cardíaca</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapia ocupacional</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje</li> </ul>	Copago de <b>\$0</b>
Ambulancia	Copago de <b>\$225</b> por transporte en ambulancia terrestre Copago de <b>\$295</b> por transporte en ambulancia aérea
Transporte <sup>1,2</sup>	No debe pagar nada por el transporte entre centros que no sea de emergencia. Se proporciona transporte de rutina adicional, hasta 24 viajes de ida o vuelta por año calendario.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<b>20 %</b> del costo.

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
RESUMEN DE BENEFICIOS	
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021	
<i>Primas y beneficios</i>	<i>Plan Complete (HMO)</i>
Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>	
Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>	20 % del costo.
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
Atención de los pies (servicios de podiatría) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño en el sistema nervioso causado por la diabetes o cumple ciertas condiciones</li> </ul>	Copago de \$0
Equipos/Suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Equipo médico duradero<sup>1</sup> (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> </ul>	20 % del costo.  Si consulta a un proveedor preferido, su costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de los proveedores preferidos.
Suministros para el control de la diabetes	Del 0 % al 20 % del costo, según el suministro
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	No debe pagar nada
Zapatos o plantillas ortopédicos	20 % del costo.
Aparatos prostéticos ( <i>aparatos, extremidades artificiales, etcétera</i> ) <sup>1</sup>	20 % del costo.
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Educación de la salud y bienestar</li> </ul>	No hay coseguro, copago ni deducible por los programas de salud y bienestar cubiertos por Medicare.  <i>Estos programas se centran en afecciones de la salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, dietas especiales y cómo dejar de fumar. Los programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los asegurados incluyen el control del peso y el manejo del estrés. Además, tendrá acceso a la Línea de Hometown Health.</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Buen estado físico</li> </ul>	No debe pagar nada por el Programa de Ejercicios y Envejecimiento Saludable de Silver&Fit®. Este programa incluye una de estas opciones:

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN, DEDUCIBLES Y LÍMITES SOBRE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
RESUMEN DE BENEFICIOS	
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre del 2021	
<i>Primas y beneficios</i>	<i>Plan Complete (HMO)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una membresía en un centro de acondicionamiento físico: Puede ir a un club de acondicionamiento físico, YMCA o centro de ejercicios* Silver&amp;Fit cercano a usted que forme parte del programa.</li> <li>• Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre varios equipos de acondicionamiento físico para el hogar si no puede llegar a un centro de acondicionamiento físico o desea ejercitarse en su hogar. Puede obtener hasta 2 equipos por año de beneficios.</li> </ul> <p>Los miembros de Silver&amp;Fit también pueden acceder a clases de Silver&amp;Fit de bajo impacto (donde estén disponibles) que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; clases para el envejecimiento saludable (en línea o DVD); un boletín informativo trimestral y herramientas virtuales.</p> <p><i>*Los servicios no estándares que implican el pago de una tarifa no forman parte del programa Silver&amp;Fit y no se reembolsará dicha tarifa. El programa Silver&amp;Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver &amp;Fit es una marca comercial registrada a nivel federal de ASH.</i></p>
Visitas virtuales de Teladoc	Copago de <b>\$0</b>

BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS CON RECETA: plan Complete (HMO)		
RESUMEN DE BENEFICIOS		
Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021		
<b>Cobertura inicial</b>	Pagará lo siguiente hasta que su total del costo anual de los medicamentos alcance los <b>\$4,130</b> . El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron.	
	Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo.	
	Costo compartido minorista estándar	
	Nivel	Suministro de 30 días
	Nivel 1 (genéricos preferidos) Estándar/preferido	Copago de <b>\$8/\$2</b>
		Suministro de 90 días
		Copago de <b>\$20/\$5</b>



**BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS CON RECETA: plan Complete (HMO)****RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

	<b>Nivel 2 (genéricos) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$16/\$8</b>	Copago de <b>\$40/\$20</b>
	<b>Nivel 3 (marcas preferidas)</b>	Copago de <b>\$47/\$41</b>	Copago de <b>\$117.50/\$102.50</b>
	<b>Nivel 4 (marca no preferida) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$100/\$94</b>	Copago de <b>\$250/\$235</b>
	<b>Nivel 5 (especializados)</b>	Coseguro del <b>33 %</b>	El suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5 no está disponible.
	<b>Nivel 6 (nivel seleccionado) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$6/\$0</b>	Copago de <b>\$15/\$0</b>
<b>Costo compartido de pedido por correo estándar</b>			
	<b>Nivel</b>	<b>Suministro de 100 días</b>	
	<b>Nivel 1 (genéricos preferidos)</b>	Copago de <b>\$0</b>	
	<b>Nivel 2 (genéricos) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$16</b>	
	<b>Nivel 3 (marcas preferidas) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$82</b>	
	<b>Nivel 4 (marca no preferida) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$200</b>	
	<b>Nivel 5 (especializados)</b>	El suministro a largo plazo de medicamentos del Nivel 5 no está disponible.	
	<b>Nivel 6 (nivel seleccionado) Estándar/preferido</b>	Copago de <b>\$0</b>	
	Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.		
<b>Lapso en la cobertura</b>	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también llamada lapso en la cobertura). Esto quiere decir que hay un cambio provisional en lo que usted pagará por sus medicamentos. El lapso en la cobertura comienza después de que el costo anual total de los medicamentos (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los <b>\$4,130</b> .		

**BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS CON RECETA: plan Complete (HMO)****RESUMEN DE BENEFICIOS**

Del 1.º de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

Luego de que ingrese en el período de lapso en la cobertura, usted paga el **25 %** del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el **25 %** del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que su costo alcance un total de **\$6,550**, lo que marca el final del período de lapso en la cobertura. No todos ingresarán al período de lapso en la cobertura.

En virtud de este plan, es posible que pague aún menos por los medicamentos de marca y genéricos de la lista de medicamentos. Sus costos varían según el nivel. Tendrá que usar su lista de medicamentos para conocer el nivel de sus medicamentos. Consulte el cuadro a continuación para saber cuánto le costará.

**Costo compartido minorista estándar**

	<b>Nivel</b>	<b>Medicamentos cubiertos</b>	<b>Suministro de 30 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
	<b>Nivel 1 (genéricos preferidos)</b>	Todos	Copago de <b>\$8/\$2</b>	Copago de <b>\$20/\$5</b>
	<b>Nivel 2 (genéricos)</b>	Todos	Copago de <b>\$16/\$8</b>	Copago de <b>\$40/\$20</b>
	<b>Nivel 6 (de atención médica seleccionados)</b>	Todos	Copago de <b>\$6/\$0</b>	Copago de <b>\$15/\$0</b>

**Costo compartido de pedido por correo estándar**

	<b>Nivel</b>	<b>Medicamentos cubiertos</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Todos	Copago de <b>\$0</b>
	Nivel 2 (genéricos)	Todos	Copago de <b>\$16</b>
	Nivel 6 (Seleccionar cuidado)	Todos	Copago de <b>\$0</b>

**Cobertura para casos catastróficos**

Después de que el costo anual de sus gastos de bolsillo para medicamentos (incluso los medicamentos que compre en su farmacia minorista y mediante pedidos por correo postal) alcance un total de **\$6,550**, usted paga la cantidad que resulte mayor entre lo siguiente:

el **5 %** del costo o un copago de **\$3.70** para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y la cantidad que resulte mayor entre el **5 %** del costo o un copago de **\$9.20** para todos los demás medicamentos.

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1- 888-775-7003 (TTY: 711).

---

## **Aviso sobre cómo informar a las personas acerca de requisitos de no discriminación y accesibilidad y declaración de no discriminación**

---

### **La discriminación es ilegal.**

Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Senior Care Plus no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Senior Care Plus:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el encargado del área de Cumplimiento.

Si cree que Senior Care Plus no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: Compliance Officer, 10315 Professional Circle, Reno, NV, 89521, 800-611-5097, (TTY: 1-800-833-5833). Puede presentar una queja formal personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el encargado del área de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.