

# PRESENTACIÓN DE QUEJAS



Western  
Health  
Advantage



advantage > you

PUBLICADO EN JUNIO DE 2018

**El objetivo de Western Health Advantage es proporcionar a sus miembros una calidad y experiencia de servicio óptimas. Con este fin, WHA ha establecido un proceso formal para abordar preocupaciones, reclamos, quejas formales y apelaciones de los miembros.**

---

## ¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es cualquier expresión escrita o verbal de insatisfacción presentada por usted, su representante o su proveedor, acerca de su experiencia con WHA, su grupo médico o cualquier proveedor participante de WHA.

Una queja formal "estándar" o de rutina generalmente se investiga y resuelve en un plazo de 30 días naturales. Una queja formal "acelerada" o expedita se completa en un plazo de 72 horas desde la recepción formal de la queja.

## ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una petición formal, verbal o escrita, para que se vuelva a revisar o reconsiderar una decisión que se haya tomado. La apelación puede estar relacionada con un problema de pago, una acción administrativa, un problema de calidad de la atención o del servicio o una recomendación de utilización. Su apelación será revisada por un médico que no haya participado en la revisión inicial del problema. Este médico tomará una segunda decisión independiente después de revisar toda la información disponible. La segunda decisión puede estar de acuerdo o en desacuerdo con la primera decisión.

Las apelaciones estándar o de rutina se realizan en un plazo de 30 días naturales. Puede ocurrir un retraso en la decisión final si se necesita información adicional para que el revisor tome una decisión informada. Las apelaciones expeditas o "aceleradas" se completan en un plazo de 72 horas de la petición cuando retrasar la decisión de la apelación implicaría un riesgo para su salud. Usted tiene el derecho de solicitar una apelación "acelerada" o expedita si su médico está de acuerdo en que existen riesgos para la salud si se retrasa la decisión. El Director Médico de WHA tomará la decisión en cuanto a si la apelación se tratará como una apelación expedita o estándar.

## ¿Cuál es el procedimiento para quejas y apelaciones de WHA?

Si tiene una queja con respecto a que WHA no haya autorizado, proporcionado o pagado algún servicio que usted piensa tiene cobertura, sobre una cancelación, terminación, no renovación o rescisión de su membresía, o cualquier otra queja, llame a Servicios para Miembros para recibir asistencia inmediata.

Si su queja no se resuelve a su satisfacción después de hablar con un representante de Servicios para Miembros, puede presentar una queja o apelación verbal o por escrito a:

Correo postal: Western Health Advantage  
Attn: Member Services  
2349 Gateway Oaks, Suite 100  
Sacramento, CA 95833

Fax seguro: 916.563.2207

Teléfono: 916.563.2250 u 888.563.2250  
888.877.5378 TDD/TTY

Correo electrónico: [appeal.grievance@westernhealth.com](mailto:appeal.grievance@westernhealth.com)

Formulario en línea: [mywha.org/grievance](http://mywha.org/grievance)

Complete el formulario adjunto. Asegúrese de incluir una explicación de sus dudas o su situación y sus motivos de insatisfacción. Envíe la queja o apelación a Servicios para Miembros de WHA, Departamento de Quejas y Apelaciones dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al incidente o acción que causó su insatisfacción. Si no puede cumplir con este plazo, comuníquese con Servicios para Miembros para que le informen cómo proceder.

Si está apelando una denegación de servicios incluidos dentro de un plan de tratamiento existente que ya se aprobó, la cobertura de los servicios aprobados continuará mientras se decide la apelación.

Si cree que su membresía se ha cancelado, rescindido

---

o no renovado erróneamente, o que esto podría suceder, puede solicitar una reconsideración de WHA o acudir directamente al Departamento de Atención Médica Administrada. Si su cobertura aún está vigente al presentar su queja, su cobertura continuará vigente mientras se decide sobre su queja, incluso durante el tiempo de reconsideración por parte del Departamento de Atención Médica Administrada. Todas las primas deben seguirse pagando puntualmente para que la cobertura continúe. Al finalizar la queja, incluso cualquier apelación al Departamento de Atención Médica Administrada de California, si el tema se decide a su favor, su cobertura continuará o se le restituirá retroactivamente a la fecha en que se cobertura se terminó inicialmente. Todas las primas deben estar al día y pagarse puntualmente.

WHA le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco (5) días naturales de la recepción de su queja o apelación. La determinación se presenta en un plazo de treinta (30) días naturales. WHA notificará al Miembro de la determinación, por escrito, en un plazo de tres (3) días hábiles de que se haya producido la decisión. Para apelaciones de denegaciones de cobertura o beneficios, se le otorgará la oportunidad de evaluar los contenidos del archivo y de entregar el testimonio a ser considerado. El Miembro recibirá una notificación escrita de la disposición de la apelación o queja que incluirá una explicación de los motivos contractuales o clínicos de la decisión.

En todas las instalaciones de Grupo Médico y del Plan puede encontrar un formulario de queja y una descripción de los procedimientos de queja. Además, si solicita un formulario de queja llamando a Servicios para Miembros, le será enviado por correo inmediatamente. Si desea ayuda para presentar una apelación o queja, llame a Servicios para Miembros, y un representante le ayudará a completar el formulario o le explicará cómo escribir su carta. Con gusto también aceptaremos la información oralmente por teléfono o a través de un mensaje seguro en myWHA.

Para obtener información detallada acerca del procedimiento para presentar quejas y apelaciones, visite [mywha.org/grievance](https://mywha.org/grievance) o llame a Servicios para Miembros de WHA al 916.563.2250 u 888.563.2250.

## Conferencia de enfermedad terminal

Si WHA ha negado tratamientos, servicios o suministros considerados experimentales, y usted tiene una enfermedad terminal (una afección que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un año o menos), puede solicitar una conferencia como parte del sistema de quejas. Indique en el formulario de queja que solicita una conferencia.

## Quejas sobre socios del Plan

Si tiene una queja acerca de sus servicios dentales, de la vista, de salud mental, acupuntura o quiroprácticos, visite [mywha.org/grievance](https://mywha.org/grievance) para obtener instrucciones especiales.

## Asistencia con el idioma

WHA quiere asegurarse de que todos los Miembros tengan acceso al sistema de quejas y apelaciones. WHA ofrece servicios de traducción verbal y escrita, sin ningún costo, a personas con dominio limitado del inglés o con deficiencias comunicativas visuales o de otro tipo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de WHA o visite [mywha.org/grievance](https://mywha.org/grievance) para obtener más información.

# FORMULARIO DE QUEJAS O APELACIONES



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Member Services  
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Por fax a: 916.563.2207

Por correo electrónico a: [appeal.grievance@westernhealth.com](mailto:appeal.grievance@westernhealth.com)

Para obtener más información: 916.563.2250, 888.563.2250 toll-free or 888.877.5378 for TDD/TTY

Disponible como formulario en línea en: [mywha.org/grievance](http://mywha.org/grievance)

Nombre Del Miembro \_\_\_\_\_

Número De ID Del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono De Día \_\_\_\_\_ Dejar Mensaje  Sí  No

Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_ Dejar Mensaje  Sí  No

Nombre De La Persona Que Presenta La Queja \_\_\_\_\_

(Si Es Diferente A La Indicada Arriba, Complete El Formulario De Asistencia Autorizada Adjunto)

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono De Día \_\_\_\_\_

Departamento/Lugar O Centro Médico Donde Ocurrió El Problema \_\_\_\_\_

Fecha En Que Ocurrió El Problema \_\_\_\_\_

Describa La Naturaleza De Los Problemas (Adjunte Hojas Adicionales Si Es Necesario)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explique De Qué Manera Ha Intentado Resolver El Problema

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué Consideraría Una Solución Adecuada Para El Problema?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Marque Aquí Si Está Solicitando Una Conferencia De Enfermedad Terminal

For Internal Use Only: Member Services Representative Name \_\_\_\_\_ Date Received \_\_\_\_\_

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) supervisa los planes de seguro médico. Si tiene una queja contra su plan de seguro médico, primero debe comunicarse con su plan de seguro médico al **888-563-2250 (TTY/TDD 1-888-877-5378)** y usar el proceso de queja de su plan de seguro médico antes de comunicarse con el departamento. El uso de ese procedimiento de queja no prohíbe ningún remedio o derecho legal potencial que pudiera tener a su alcance. Si necesita ayuda con una queja que tiene que ver con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta de manera satisfactoria por su plan de seguro médico o una queja que ha quedado sin resolver por más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que califique para una Reconsideración Médica Independiente (IMR). Si califica para una IMR, el proceso de IMR facilitará una reconsideración imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de seguro médico relacionadas con una necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o para investigación o disputas por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito, **888-HMO-2219**, y una línea TDD, **877-688-9891**, para las personas con problemas de audición o del habla. En el <http://www.hmohelp.ca.gov> hay formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si usted tiene un problema que involucra una amenaza inminente y grave para su salud (por ejemplo, dolor intenso o pérdida potencial de la vida, una extremidad o función corporal importante), puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de California directamente en cualquier momento sin antes presentarnos una queja.

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 916.563.2250, 888.563.2250 (número gratis) o al 888.877.5378 TDD/TTY.

### A. Use este formulario para autorizar a Western Health Advantage ("WHA") a usar o divulgar su información de salud a otra persona u organización.

#### 1. Persona (el "Miembro") cuya información se divulgará

Nombre del miembro y dirección \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

#### 2. Persona (el "Receptor") autorizado a recibir información del Miembro

Nombre del Receptor \_\_\_\_\_

Dirección del Receptor \_\_\_\_\_

Relación del Receptor con el Miembro \_\_\_\_\_

#### 3. Información que se puede divulgar al Receptor

- marque uno:  Cualquier información que mantiene WHA. Esto puede incluir información relacionada con la atención médica del Miembro, diagnósticos, proveedores, reclamaciones/pagos de seguros o beneficios, y/o información financiera/de facturación. Esto no incluye Información confidencial, a menos que específicamente se apruebe más adelante.
- Solo la siguiente información, o tipos de información, que mantenga WHA (marque todo lo que corresponda):
- Estado de reclamaciones
  - Estado de autorización
  - Estado de derivación
  - Otro \_\_\_\_\_

#### 4. ¿El Receptor está autorizado para recibir información confidencial tal como se describe a continuación?

marque uno:  NO – PASE A LA SECCIÓN 5

- SÍ – SELECCIONE UNO (a o b) DE LOS SIGUIENTES:

Autorizo específicamente el Receptor a que reciba:

- a.  Notas de psicoterapia: Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna de las otras casillas de la sección b. a continuación. Una autorización para la divulgación de notas de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para la divulgación de cualquier otro tipo de información. PASE A LA SECCIÓN 5.
- b.  Complete esta sección SOLO SI no marca la casilla 4(a) anterior y desea autorizar la divulgación de cualquiera de los siguientes tipos de Información confidencial\* (marque todo lo que corresponda):
- Toda la información confidencial
  - Aborto
  - Abuso de alcohol/sustancias\*\*
  - Información genética
  - VIH/SIDA
  - Salud mental
  - Embarazo
  - Abuso sexual, físico o mental
  - Enfermedad de transmisión sexual

\*Nota para los padres/tutores legales de personas de 12 años de edad o mayores: Es posible que no pueda obtener o autorizar el uso o divulgación de ciertos tipos de Información confidencial sobre el menor sin la propia autorización por escrito del menor. Esto puede incluir los tipos de Información confidencial indicada anteriormente, así como información sobre enfermedades infecciosas, violación/ataque sexual y cierta asesoría/tratamiento ambulatorio de salud mental. Si la persona tiene 17 años de edad o más, la divulgación de información relacionada con violencia doméstica y las donaciones de sangre también requiere la autorización del menor.

\*\*Para receptores de información de abuso de sustancias: Esta información ha sido divulgada a usted de expedientes protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad de Expedientes sobre Alcoholismo o Abuso de Drogas (42 PPC parte 2). Las Reglas Federales prohíben la divulgación posterior de esta información, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida con el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por la 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo de información no es suficiente para este propósito.

## 5. Motivo de esta autorización

marque uno:  La información es acerca de mí y se utilizará o revelará a petición mía.

Otros (especificar)\_\_\_\_\_

## B. Expiración y revocación

Esta autorización se mantendrá vigente por un año desde la fecha de su firma abajo, A MENOS que aquí se especifique una fecha diferente: Mes\_\_\_\_\_Día\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WHA por escrito. La revocación de esta autorización no afectará la información que usamos o divulgamos antes de la recepción de su solicitud de revocación. Si esta autorización está otorgada por un padre o tutor legal en nombre de un menor de edad, expirará en el décimo octavo cumpleaños del menor.

## C. Firma

He leído este formulario y entiendo y acepto sus términos. Solicito a WHA que utilice o divulgue la información al Receptor como se indicó anteriormente. Entiendo que una vez que se divulgue mi información, el Receptor podría divulgarla y tal vez ya no esté protegida por las leyes de privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. También entiendo que firmo este formulario por mi propia voluntad.

Entiendo que WHA no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios basándose en si firmo o no esta autorización. Tengo derecho a una copia de este formulario.

Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_

## D. Representantes o tutores personales o legales

Si este formulario está firmado por alguien que no sea el Miembro o el padre de un menor de edad, como un representante personal/legal, tutor o albacea, **también debe presentar la documentación legal** que comprueba su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la herencia del Miembro) para autorizar el uso o la divulgación de información de salud del miembro. Dicha documentación puede incluir, por ejemplo: 1) Poder legal duradero para atención médica; 2) documentación vigente y válida de la tutela ordenada por el tribunal; o 3) otra documentación legal válida que compruebe su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la herencia del Miembro).

### Además, complete lo siguiente:

Nombre del representante (letra de imprenta)\_\_\_\_\_

Relación con el Miembro\_\_\_\_\_

Tipo de documentación presentada\_\_\_\_\_

## Guarde una copia de esta Autorización para sus registros.

### Envíe el formulario completo a:

Western Health Advantage, Attn: Member Services  
2349 Gateway Oaks, Suite 100, Sacramento, CA 95833

**Por fax a:** 916.563.0126

**Por correo electrónico a:** memberservices@westernhealth.com

**¿Tiene preguntas? Llame al** 916.563.2250 | 888.563.2250 (número gratis) | 888.877.5378 TDD/TTY

FOR INTERNAL USE ONLY Initials\_\_\_\_\_ Date Entered\_\_\_\_\_

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

## SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

## CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

## VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

## TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.



**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث ادونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تاییپی ارسال کنند

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدُه أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਰਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកធ្ងន់ តាមលេខ 888.877.5378។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378