

## Aviso de no discriminación

La política de Priority Partners MCO prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Priority Partners MCO ha adoptado un procedimiento de quejas interno que brinda una resolución inmediata y equitativa de los reclamos que aleguen toda acción prohibida por la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible (42 U.S.C. 18116) y sus regulaciones de implementación en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 92, promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La Sección 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud. La Sección 1557 y sus regulaciones de implementación podrán ser examinadas en la oficina del Coordinador de Quejas relacionadas con el Cumplimiento de los Planes de Salud de Johns Hopkins (*Johns Hopkins Health Plans Compliance Grievance Coordinator*), del Departamento de Cumplimiento Corporativo de los Planes de Salud de Johns Hopkins (*Johns Hopkins Health Plans Corporate Compliance Department*) situada en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957, fax: 1- 410-762-1527, y correo electrónico: [compliance@jhhp.org](mailto:compliance@jhhp.org), que haya sido designado para coordinar las iniciativas de Priority Partners MCO a fin de cumplir con la Sección 1557.

Toda persona que considere que alguien ha estado sufriendo discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja en virtud de este procedimiento. La ley prohíbe que Priority Partners MCO tome represalias contra quien se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

### Procedimiento:

- Las quejas deben presentarse ante el Coordinador de la Sección 1557 dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que la persona que presenta la queja se entera de la supuesta acción discriminatoria.
- El reclamo debe presentarse por escrito con nombre y dirección de la persona que lo presenta. El reclamo debe indicar el problema o acción que se alega como discriminatoria y el recurso o reparación que se pretende.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o su representante) deberá efectuar una investigación del reclamo. La investigación podrá ser informal pero será exhaustiva y dará a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar pruebas relativas al reclamo. El Coordinador de la Sección 1557 mantendrá los expedientes y registros de Priority Partners MCO relacionados con dichas quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la ley aplicable, el Coordinador de la Sección 1557 tomará las medidas necesarias para preservar la confidencialidad de los expedientes y registros relacionados con las quejas y los compartirá sólo con quienes tengan derecho a conocerlos.
- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión escrita sobre la queja, basada en la preponderancia de las pruebas, en un plazo máximo de 30 días contados a partir de su presentación, incluida una notificación dirigida al denunciante acerca de su derecho a buscar otros recursos administrativos y legales.

- La persona que presenta la queja puede apelar la decisión del Coordinador de la Sección 1557 si escribe al Presidente de los Planes de Salud de Johns Hopkins dentro de los 15 días posteriores a recibir la decisión del Coordinador de la Sección 1557. El Presidente de los Planes de Salud de Johns Hopkins emitirá una decisión escrita en respuesta a la apelación en un plazo máximo de 30 días contados a partir de su presentación.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de queja no impide que una persona busque otros recursos legales o administrativos, incluida la presentación de un reclamo de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en los tribunales o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Una persona puede presentar un reclamo por discriminación por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019/TDD (para personas con problemas de audición): 1-800-537-7697.

Los formularios de reclamos están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. Dichos reclamos deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la supuesta discriminación.

Priority Partners MCO efectuará las gestiones pertinentes para asegurar que las personas con discapacidades y las personas con un manejo limitado del idioma inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia idiomática, respectivamente, en caso de ser necesarios para participar en este proceso de quejas. Dichas gestiones podrán incluir, a modo de ejemplo, proporcionar intérpretes calificados, entregar casetes grabados de material para personas con poca vista o asegurar un lugar sin obstáculos para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 se encargará de dichas gestiones.

## **Language Accessibility Statement**

### **Interpreter Services Are Available for Free**

#### **English**

**ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

#### **አማርኛ (Amharic)**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-654-9728 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-201-7165)።

#### **العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-654-9728 (مقر هاتف الصم والبكم: 1-800-201-7165).

#### **繁體中文 (Chinese)**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-654-9728

( TTY : 1-800-201-7165 ) °

### فارسی **Persian (Farsi)**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با  
1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165) تماس بگیرید.

### **Tagalog (Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### **Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-654-9728 (ATS : 1-800-201-7165).

### ગુજરાતી (Gujarati)

**સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### **Kreyòl Ayisyen (Haitain Creole)**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### **Igbo asusu (Ibo)**

IGE NTI: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ dịrị gị, n'efu. Kpọọ 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165)번으로 전화해 주십시오.

### **Bàsòò-wùdù-po-nyò (Kru/Bassa)**

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### **Português (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-654-9728 (телетайп: 1-800-201-7165).

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

## أُردُو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165)۔

## Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).

## èdè Yorùbá (Yoruba)

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1-800-654-9728 (TTY: 1-800-201-7165).