

**IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) *ofrecido*
por Inland Empire Health Plan (IEHP) Health Access**

Aviso Anual de Cambios para 2019

Introducción

Usted está inscrito actualmente como Miembro de IEHP DualChoice. El año próximo, habrá algunos cambios en los beneficios, cobertura, reglas y costos del plan. Este *Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Changes)* le indica sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Renuncias de garantías	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo	7
B1. Recursos adicionales	8
B2. Información sobre IEHP DualChoice	8
B3. Cosas importantes que hacer:	9
C. Cambios de proveedores y farmacias de la red	10
D. Cambios a los beneficios y costos para el año próximo	11
D1. Cambios a los beneficios y costos para servicios médicos	11
D2. Cambios a la cobertura de medicamentos recetados	11
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	13
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura en catástrofes”	14
E. Cómo elegir un plan	14
E1. Cómo quedarse en nuestro plan.....	14
E2. Cómo cambiar planes	14
F. Cómo obtener ayuda	17
F1. Cómo obtener ayuda de IEHP DualChoice.....	17



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

F2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripciones del estado	17
F3. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría de Cal MediConnect.....	18
F4. Cómo obtener ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico	18
F5. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18
F6. Cómo obtener ayuda de California Department of Managed Health Care	19



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

A. Renuncias de garantías

Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o género. IEHP no excluye a las personas ni ofrece un trato diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o género.

IEHP:

- Ofrece ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (impresa en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Ofrece servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese a Servicios para Miembros de IEHP al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o que lo discriminaron de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
Inland Empire Health Plan
10801 Sixth Street, Suite 120
Rancho Cucamonga, CA 91730
Teléfono: 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)
Fax: 1-909-890-5748
Correo electrónico: CivilRights@iehp.org

Puede presentar una queja formal personalmente, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el 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 en:

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)

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



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Inland Empire Health Plan (IEHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. IEHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

IEHP:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP Member Services at 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

If you believe that IEHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Civil Rights Coordinator
Inland Empire Health Plan
10801 Sixth Street, Suite 120
Rancho Cucamonga, CA 91730
Telephone: 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)
Fax: 1-909-890-5748
Email: CivilRights@iehp.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

ARABIC

يلتزم IEHP بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-273-4347 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-718-4347).

ARMENIAN

IEHP-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի ցուցաբերում՝ ցեղի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա:

ՈւՆԵՍԿ-ի ընդհանուր հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY (հեռատիպ) 1-800-718-4347):

CHINESE

IEHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。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

1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。

FARSI

IEHP از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید.

HINDI

IEHP लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें।

HMONG

IEHP ua raws cov kev cailij choj pej xeeb uas yuam siv ntawm Tsom Fwv Teb Chaw (Federal civil rights laws) thiab tsis muaj kev ntxub ntxaug vim yog ibhom neeg, cev nqaij tawv, neeg keeb kwm hauv lub teb chaws, hnuv nyoog laus hluas, kev tsis taus, los sis txiv neeg los yog poj niam.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus hmoob pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

JAPANESE

IEHP は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) まで、お電話にてご連絡ください。



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

KHMER

IEHP ប្រតិបត្តិការច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលនៃរដ្ឋបាលសហព័ន្ធជាធរមាន និងមិនរើសអើង យោងទៅលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សំបុរ ដើមកំណើត អាយុ ភាពពិការ ឬភេទ ឡើយ។ ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។

KOREAN

IEHP은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

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

1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 전화해 주십시오.

PUNJABI

IEHP, ਲਾਗੂ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪੰਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

RUSSIAN

IEHP соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-273-4347

(линия TTY: 1-800-718-4347).

TAGALOG

Sumusunod ang IEHP sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

THAI

IEHP ได้ปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญที่ห้ามการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของสีผิว เชื้อชาติ อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-273-4347

(TTY: 1-800-718-4347).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

LAO

IEHP ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັຖບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈໍາແນກໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຜ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

VIETNAMESE

IEHP tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

Gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347).

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

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, es posible que usted pueda dejar el plan. Lea la Sección E2 para obtener más información.

Si decide abandonar IEHP DualChoice, su participación terminará el último día del mes en que usted realice su solicitud.

Si abandona nuestro plan, usted seguirá en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible.

- Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página 15 para ver sus opciones).
- Usted seguirá inscrito en IEHP para sus beneficios de Medi-Cal, a menos que usted elija un plan diferente solamente de Medi-Cal (para más información, vaya a la página 18).

NOTA: Si usted está inscrito en un plan de administración de medicamentos, es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Lea el Capítulo 5 (*Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan*) de su *Manual para Miembros* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

B1. Recursos adicionales

- **ATENCIÓN:** Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- **ATTENTION:** If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY/TDD users should call 1-800-718-4347. The call is free.
- Puede obtener este *Aviso Anual de Cambios* gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alterno, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

B2. Información sobre IEHP DualChoice

- IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal, para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos
- La cobertura bajo IEHP DualChoice está certificada como cobertura mínima esencial (MEC). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Por favor visite el sitio web del Servicio de rentas internas (IRS) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>, para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC.
- IEHP DualChoice lo ofrece IEHP Health Access. Cuando este *Aviso Anual de Cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa IEHP Health Access. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa IEHP DualChoice



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

B3. Cosas importantes que hacer:

- **Revise si hay algún cambio en sus beneficios y costos que pueda afectarle.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted utiliza?
 - Es importante revisar los cambios en los beneficios y *costos* para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo.
 - Busque en las secciones D1 y D2 la información sobre cambios a los beneficios y *costos* de nuestro plan.

- **Revise si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?
 - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su Doctor sobre las alternativas con precios más bajos que están disponibles para usted; esto podría hacer que ahorre en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información del precio de medicamentos de un año a otro. Tome en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
 - Busque en la sección D2 la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos.

- **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
 - ¿Sus Doctores están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Busque en la sección C la información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos de receta que toma regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?

Considere si se siente satisfecho con nuestro plan.

Si decide quedarse con IEHP DualChoice:

Si desea quedarse con nosotros el año próximo, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, es posible que usted pueda cambiar de planes (lea la sección E2 para más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección E2, página 14 para saber más sobre sus opciones.

C. Cambios de proveedores y farmacias de la red

Nuestra red de proveedores y farmacias ha cambiado para 2019.

Le recomendamos mucho que **revise su *Directorio de Proveedores y Farmacias Actual*** para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.iehp.org. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) para pedir información actualizada o para pedir que le envíen por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Encontrará más información en el Capítulo 3 de su *Manual para Miembros*.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

D. Cambios a los beneficios y costos para el año próximo

D1. Cambios a los beneficios y costos para servicios médicos

No hay cambios a sus beneficios o a las cantidades que paga] por servicios médicos. Nuestros beneficios y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos serán exactamente iguales en 2019 que en 2018.

D2. Cambios a la cobertura de medicamentos recetados

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestro sitio web en www.iehp.org. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) para obtener información de medicamentos actualizada o para pedir que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* también se llama “Lista de Medicamentos “.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

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

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

- Trabajar con su Doctor (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente que sí cubrimos.
 - Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
- Trabaje con su Doctor (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento.
 - Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
 - Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual para Miembros de 2019* o llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347).



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros. Lea el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del *Manual para Miembros* para saber más sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidados.
- Pida al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento, durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal será de hasta 31 días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, lea el Capítulo 5 del Manual para Miembros [*Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan*]).
 - Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su Doctor para decidir qué hacer cuando se acaba su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Si IEHP DualChoice aprueba una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, es posible que IEHP DualChoice no le pida que solicite la aprobación para un resurtido o una nueva receta médica para el año siguiente, siempre y cuando siga siendo Miembro de IEHP DualChoice. Si decide quedarse con nosotros el próximo año, IEHP DualChoice puede elegir continuar la cobertura en el nuevo año de beneficios.

Cambios a los costos de los medicamentos recetados

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de receta de Medicare Parte D bajo IEHP DualChoice. La cantidad que usted pague depende de en qué etapa esté cuando surte o resurte una receta. Las dos etapas son:

<p style="text-align: center;">Etapas</p> <p style="text-align: center;">Etapas de cobertura inicial</p>	<p style="text-align: center;">Etapas</p> <p style="text-align: center;">Etapas de cobertura en catástrofes</p>
<p>Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago.</p> <p>Usted inicia esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2019.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ya pagó cierta cantidad de costos de bolsillo.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus costos de bolsillo para sus medicamentos de receta alcanza **\$3,820**. En ese momento comienza la Etapa de Cobertura en Catástrofes. El plan paga todos sus gastos por medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Lea el Capítulo 6 de su *Manual para Miembros* para más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de receta.

D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Usted hará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el costo más bajo.

Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos a otro nivel más alto o más bajo. Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso pudiera afectar su copago. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros 3 niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **sólo** durante el periodo en el que está en la etapa de cobertura inicial.

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Medicamentos en el Nivel 1 (<i>medicamentos genéricos</i>)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$1.25; \$3.35 por receta.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$1.25; \$3.40 por receta.</p>
<p>Medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos de marca)</p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$3.70; \$8.25 por receta.</p>	<p>Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$3.80; \$8.50 por receta.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Medicamentos en el Nivel 3</p> <p><i>(medicamentos sin receta o que no son de Medicare)</i></p> <p>Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	\$0	\$0

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan **\$3,820**. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus costos de medicamentos desde ese momento hasta el fin del año. Lea el Capítulo 6 de su *Manual para Miembros* para más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de recetas.

D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura en catástrofes”

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo **\$3,820** para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted seguirá en la Etapa de Cobertura en Catástrofes hasta el final del año calendario.

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo quedarse en nuestro plan

Esperamos que siga siendo Miembro el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en su plan de salud. Si usted no se inscribe en un plan Cal MediConnect diferente, se cambia a un Plan Medicare Advantage o se cambia a Original Medicare, se quedará inscrito automáticamente como Miembro de nuestro plan durante el año 2019.

E2. Cómo cambiar planes

Usted puede terminar su membresía en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Plan de Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de MediConnect o cambiándose a Original Medicare. A partir del 1 de enero de 2019, si está en un programa de control de medicamentos (*drug management program*), es posible que no pueda cambiar de plan.

Cómo recibirá sus servicios de Medicare

Usted tendrá tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted terminará automáticamente su participación en nuestro plan Cal MediConnect:



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

<p>1. Usted puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, un Programa de cobertura total de salud para personas de la tercera edad (<i>Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE</i>)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el plan de salud nuevo solamente de Medicare.</p> <p>Para preguntas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (<i>Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP</i>) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am-5pm. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área. <p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (<i>Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP</i>) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am-5pm. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

	<p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
<p>3. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si usted tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (<i>Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP</i>) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am-5pm. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (<i>Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP</i>) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8am-5pm. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área. <p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Cómo recibirá servicios de Medi-Cal

Si deja nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP a menos que seleccione un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen casi todos los servicios y respaldos a largo plazo y cuidado de salud del comportamiento.

Si quiere elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, usted tendrá que avisar a Health Care Options. Usted puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8am-6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Cómo obtener ayuda de IEHP DualChoice

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) (solo para TTY, llame al 1-800-718-4347). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Su Manual para Miembros de 2019

El *Manual para Miembros de 2019* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

El *Manual para Miembros de 2019* estará disponible a más tardar el 15 de octubre. La copia más actualizada del *Manual para Miembros de 2019* se encuentra en nuestro sitio web en www.iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347) para solicitar que le enviemos un *Manual para Miembros de 2019*.

Nuestro sitio web

Usted también puede ir a nuestro sitio web en www.iehp.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el *Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de Medicamentos Cubiertos*).

F2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripciones del estado

Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8am-6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

F3. Cómo obtener ayuda del Programa de Defensoría de Cal MediConnect

El Programa de Defensoría de Cal MediConnect (*Cal MediConnect Ombuds Program*) puede ayudarle, si tiene algún problema con IEHP DualChoice. Los servicios de defensoría son gratuitos. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect:

- Trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
- Asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con alguna compañía de seguros ni con algún plan de seguro de salud. El teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es el 1-855-501-3077.

F4. Cómo obtener ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico

También puede llamar al Programa de Ayuda sobre el Seguro Médico del Estado (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Los consejeros de HICAP pueden ayudarle a entender sus opciones de su plan Cal MediConnect y responder a sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222. Visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.

F5. Cómo obtener ayuda de Medicare

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

El sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/>). Si usted decide cancelar su inscripción en el plan Cal MediConnect e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage.

Usted puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que hay en su área al usar el “Buscador de Planes de Medicare” en el sitio web de Medicare. (Para leer la información de los planes, vaya a <https://www.medicare.gov/> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.)



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Medicare y usted 2019

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2019*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

F6. Cómo obtener ayuda de California Department of Managed Health Care

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (*California Department of Managed Health Care*) es responsable de regular los planes de servicios de cuidados de salud. Si tiene alguna queja contra su plan de salud, usted debería llamar primero a su plan al **1-877-273-IEHP (4347) (sólo para TTY, llame al 1-800-718-4347)** y usar el proceso de quejas de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o remedios legales potenciales que puedan estar a su disposición.

Si necesita ayuda con alguna queja, si su plan de salud no ha resuelto una queja satisfactoriamente o si hay alguna queja que haya quedado sin resolución por más de 30 días, usted podrá llamar al departamento para pedir ayuda.

Posiblemente usted también sea elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si usted es elegible para IMR, este proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud, en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto; decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de emergencias o servicios médicos de urgencia. El departamento también tiene un número gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**), para las personas con problemas para oír o hablar. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios para quejas, una solicitud de IMR e instrucciones en internet.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.