

Manual para Miembros

Plan IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Para el Año
de Beneficios

2023



El plan de salud con corazón

1-877-273-IEHP (4347)

1-800-718-4347 TTY

8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana,
incluidos los días festivos.

IE  **HP**

DualChoice

Para realizar una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos al inglés o en un formato alternativo, o para realizar cambios en una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice mantendrá su información como solicitud permanente para las futuras correspondencias y comunicaciones, de modo que usted no necesite hacer una nueva solicitud cada vez.

Tabla de Contenidos

| | |
|---|-----|
| Capítulo 1: Primeros Pasos como Miembro | 4 |
| Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes | 16 |
| Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos..... | 33 |
| Capítulo 4: Tabla de beneficios | 55 |
| Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta..... | 104 |
| Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medi-Cal..... | 123 |
| Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos <i>nuestra parte</i> | 132 |
| Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades..... | 137 |
| Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... | 149 |
| Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan..... | 201 |
| Capítulo 11: Avisos legales..... | 209 |
| Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes | 212 |



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

Descargos de responsabilidad

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un Plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato
- ❖ La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



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

Capítulo 1: Primeros Pasos como Miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre IEHP DualChoice, un plan de Medicare Medi-Cal que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal. También se le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|--|----|
| A. Bienvenido a nuestro plan..... | 6 |
| B. Información sobre Medicare y Medi-Cal..... | 6 |
| B1. Medicare | 6 |
| B2. Medi-Cal | 6 |
| C. Ventajas de nuestro plan..... | 7 |
| D. Área de servicio de nuestro plan..... | 8 |
| E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan..... | 8 |
| F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud | 9 |
| G. Su equipo para el cuidado de salud y plan de cuidado..... | 10 |
| G1. Equipo para el cuidado de salud | 10 |
| G2. Plan de cuidado..... | 10 |
| H. Prima mensual del plan..... | 11 |
| H1. Prima del plan..... | 11 |
| I. Su <i>Manual para Miembros</i> | 11 |
| J. Otra información importante que recibe de nosotros | 11 |
| J1. Su tarjeta de identificación del plan..... | 11 |
| J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> | 12 |
| J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> | 13 |



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

J4. La *Explicación de beneficios* 14

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía..... 14

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)..... 15



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

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de cuidado de salud y equipos para el cuidado de salud para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle los cuidados que necesita.

Inland Empire Health Plan (IEHP) le ofrece IEHP DualChoice. IEHP es un plan de salud local, sin fines de lucro, que presta servicios a más de un millón de residentes de los Condados de Riverside y San Bernardino desde 1996.

IEHP tiene contrato con una red de más de 1,000 proveedores de atención primaria (PCP), más de 4,000 especialistas, 400 proveedores de atención de la vista, 31 hospitales y más de 725 farmacias para que pueda obtener la atención que necesita.

Obtenga más información sobre sus beneficios en el Capítulo 4 (Cuadro de Beneficios) de este Manual para Miembros de IEHP DualChoice.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para:

- Personas de 65 años de edad o más,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- Lo que cuenta como ingresos y recursos,
- Quién es elegible,
- Qué servicios están cubiertos, y
- El costo de los servicios.



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

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- Elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el Estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se ve afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos de receta. **No paga un monto adicional para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podemos ayudarle con **todas** sus necesidades de cuidado de salud.
- Tiene un equipo para el cuidado de salud que usted ayuda a formar. Su equipo para el cuidado de salud puede incluirlo a usted, a su cuidador, médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidado de salud. Esta es una persona que colabora con usted, con nuestro plan y con su equipo para el cuidado de salud para ayudarlo a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud.
- Su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo para el cuidado de salud ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo para el cuidado de salud se asegura de lo siguiente:
 - Sus doctores conocen todos los medicamentos que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de estos.
 - Los resultados de su prueba se comparten con todos sus doctores y otros proveedores, según corresponda.



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

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en IEHP DualChoice. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-877-273-IEHP (4347). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347, si tienen alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todos los códigos postales que residen en los condados de Riverside y San Bernardino.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Resida en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas residan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- Tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- Son actualmente elegibles para Medi-Cal, **y**
- Es un beneficiario elegible dual de beneficios completos e inscribese en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare e Inland Empire Health Plan (IEHP) para sus beneficios de Medi-Cal. Esto se conoce como “Inscripción Alineada Exclusivamente”, **y**
- Sea ciudadano de EE. UU. o esté legalmente en EE. UU.

Llame a Servicios para el miembro para obtener más información.

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 3 mes(es), entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el



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

Capítulo 4, Sección A, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período, que se denomina elegibilidad continua considerada).

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, se somete a una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de inscripción efectiva.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, LTSS y sus necesidades funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que utiliza ahora durante un tiempo determinado, si no están en nuestra red. A esto lo denominamos continuación de cuidados. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de cuidado primario o especializado, con algunas excepciones. Cuando mencionamos “relación existente”, significa que acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que nos brinda.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápido y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Nota: Solo puede realizar esta solicitud para servicios de equipo médico duradero (DME), transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan. **No puede** realizar esta solicitud para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.



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

Después de que termine el período de continuidad de su cuidado de salud, usted deberá ver doctores y otros proveedores de la red de IEHP DualChoice afiliados con el grupo médico de su proveedor de cuidado primario, a menos que lleguemos a un acuerdo con su doctor fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados con grupos médicos o Asociaciones de Médicos Independientes (IPA). Cuando usted elige un proveedor de cuidado primario, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo derivará a especialistas y servicios afiliados a su grupo médico. Un grupo médico o IPA es un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los Miembros de IEHP. Su proveedor de cuidado primario, junto con el grupo médico o IPA, proporciona su atención médica. Esto incluye obtener autorización para ver especialistas o recibir servicios médicos como análisis de laboratorio, radiografías o admisiones hospitalarias. En algunos casos, IEHP es su grupo médico o IPA. Consulte el **Capítulo 3** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre cómo obtener el cuidado.

G. Su equipo para el cuidado de salud y plan de cuidado

G1. Equipo para el cuidado de salud

Un equipo para el cuidado de salud puede ayudarlo a seguir recibiendo el cuidado que necesita. Un equipo para el cuidado de salud puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado de salud u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado de salud es una persona capacitada para ayudarlo a gestionar el cuidado que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan obtiene un coordinador de cuidado de salud. Esta persona también lo remitirá a otros recursos de la comunidad que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo para el cuidado de salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidado de salud y equipo para el cuidado de salud.

G2. Plan de cuidado

Su equipo para el cuidado de salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y LTSS.

Su plan de cuidado incluye:

- Sus objetivos de cuidado de salud.
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo para el cuidado de salud se reúne con usted después de que le hayan realizado la evaluación de riesgos de salud. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que quizás desee considerar obtener. Su plan de cuidado se basa



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

en sus necesidades. Su equipo para el cuidado de salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan

H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de IEHP DualChoice es \$0-\$33.20. Al calificar para la “Ayuda adicional”, la prima se paga en su nombre. Si hay cambios en su estado de “Ayuda adicional”, usted es responsable de pagar su prima. Consulte el **Capítulo 6** para obtener más información.

I. Su Manual para Miembros

Su *Manual para Miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un Manual para Miembros llamando a Servicios para Miembros a los números que figura al final de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* en nuestro sitio web en la dirección web que figura al final de la página o descargarlo.

El contrato está vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de Identificación para Miembros, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del plan

Bajo nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos servicios y respaldos a largo plazo, ciertos servicios de salud del comportamiento y recetas. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta de la Parte D. Aquí hay una tarjeta que le muestra cómo es la Tarjeta de Identificación para Miembros:



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



Si su Tarjeta de Identificación para Miembros se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al miembro de inmediato al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite más tarde. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación para Miembros, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Dental
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare
- Medicamentos de venta libre y ciertas vitaminas cubiertos por Medi-Cal Rx

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que figura al final de la página.

Este Directorio incluye una lista de los profesionales de atención médica (como doctores, enfermeras con práctica médica y psicólogos), establecimientos (como hospitales o clínicas), y proveedores de apoyo (como Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) que usted puede consultar como miembro de IEHP DualChoice. También incluimos las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos recetados.



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

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - Médicos, personal de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al miembro a los números que figuran al final de la página para obtener más información. Tanto Servicios al miembro como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le informa qué medicamentos de receta cubre nuestro plan.

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios al miembro o visite nuestro sitio web (consulte la información en la parte inferior de la página).



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

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D, le enviamos un resumen para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de receta de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le informa la cantidad total que usted u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de receta de la Parte D y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* se brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al miembro a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía notificándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Notifíquenos de inmediato lo siguiente:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios a cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, o el empleador de su pareja de hecho, o compensación de trabajadores.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Ingreso en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital.
- Cuidado de salud recibido en un hospital o sala de emergencias.
- Cambios de su cuidador (o cualquier persona responsable de usted)
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participe o del que forme parte, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios al miembro.



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

IEHP DualChoice ofrece un canal en línea seguro para que usted acceda a su información de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para crear una cuenta, visite www.iehp.org, donde podrá:

- Cambiar de Doctor
- Verificar su elegibilidad
- Verificar el estado de una referencia
- Solicitar una nueva Tarjeta de Identificación para Miembros de IEHP DualChoice
- Actualizar su información de contacto
- Ver el historial de sus análisis de laboratorio y vacunas
- Ver el historial de sus recetas
- Ver el historial de reclamaciones y las autorizaciones

También puede descargar una aplicación de IEHP disponible para Android y iPhone.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Manual para Miembros*.



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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| A. Servicios para miembros..... | 17 |
| B. Su coordinador de cuidado de salud..... | 20 |
| C. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería..... | 22 |
| D. Línea de crisis de salud del comportamiento..... | 23 |
| E. Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)..... | 24 |
| F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):..... | 25 |
| G. Medicare..... | 26 |
| H. Medi-Cal..... | 27 |
| I. La oficina del Ombudsman..... | 28 |
| J. Servicios sociales del condado..... | 29 |
| K. Plan de salud mental especializado del condado..... | 30 |
| L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California..... | 31 |
| M. Otros recursos..... | 32 |



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

A. Servicios para miembros

| | |
|---------------------------|---|
| LLAME AL | <p>1-877-273-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>1-800-718-4347 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> |
| FAX | (909) 890-5877 |
| ESCRIBA A | <p>IEHP DualChoice</p> <p>Atención: Servicios para Miembros</p> <p>P.O. Box 1800</p> <p>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800</p> |
| CORREO ELECTRÓNICO | MemberServices@iehp.org |
| SITIO WEB | www.iehp.org |

Comuníquese con Servicios al miembro para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
 - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud.



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

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Apelaciones sobre su cuidado de salud
 - Una apelación es una vía formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre su cuidado de salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor incluido en nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la **Sección F** [*Organización para la Mejora de la Calidad {QIO}*]).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Usted puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Defensoría de los Beneficiarios llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos por Medicare
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos por Medicare ○
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal



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

Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- **Apelaciones sobre sus medicamentos de Medicare**
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros.
- **Quejas sobre sus medicamentos de Medicare**
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos de receta de Medicare.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de receta de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- **Pago de cuidados de salud o medicamentos de Medicare que ya pagó**
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros.



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

B. Su coordinador de cuidado de salud

Un Coordinador de Atención Médica es un miembro del personal de IEHP DualChoice que está asignado a usted para trabajar con sus proveedores de atención médica y ayudarle a obtener la atención que necesita. Para cambiar su Coordinador de Atención Médica, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

| | |
|---------------------------|---|
| LLAME AL | <p>1-877-273-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>1-800-718-4347 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> |
| FAX | (909) 890-5877 |
| ESCRIBA A | <p>IEHP DualChoice</p> <p>Atención: Servicios para Miembros</p> <p>P.O. Box 1800</p> <p>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800</p> |
| CORREO ELECTRÓNICO | MemberServices@iehp.org |
| SITIO WEB | www.iehp.org. |

Comuníquese con su coordinador de cuidado de salud para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre su cuidado de salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre el transporte
- Preguntas sobre servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)



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

Los LTSS incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Los miembros elegibles deben cumplir ciertos criterios a fin de ser elegibles para los beneficios de LTSS. Para obtener más información, comuníquese con los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

A veces, puede obtener ayuda con su cuidado de salud diario y sus necesidades cotidianas.

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS),
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) (proporcionados en todo el Condado),
- Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) (proporcionado a través de Medi-Cal Fee-For-Service (FFS))
- Cuidado de enfermería especializada,
- Terapia física,
- Terapia ocupacional,
- Terapia del habla,
- Servicios sociales médicos, **y**
- Cuidado de la salud en el hogar.



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

C. Línea telefónica de asesoramiento de enfermería

Si no puede comunicarse con su doctor después del horario normal de servicios, llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP para pedir más ayuda. Recibirá asesoría médica las 24 horas del día, incluso los días festivos. Si es necesario, nuestra Enfermera puede ponerle en contacto con un doctor por teléfono o por video chat. Si necesita más ayuda, nuestra enfermera le indicará una clínica abierta de atención de urgencia cercana. Puede ponerse en contacto con la Línea de Consejos de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

| | |
|-----------------|---|
| LLAME AL | <p>1-888-244-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>1-866-577-8355 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana.</p> |



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

D. Línea de crisis de salud del comportamiento

| | |
|-----------------|---|
| LLAME AL | <p>1-877-273-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p> |
| TTY | <p>1-800-718-4347 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> |

Comuníquese con la línea de crisis de salud del comportamiento para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias
- Preguntas sobre los servicios para trastornos por abuso de sustancias

Si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental de su condado, consulte la **Sección K**.



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

E. Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)

El Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas inscritas en Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender cómo resolver su problema. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

HICAP no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

| | |
|------------------|---|
| LLAME AL | (909) 256-8369 9am a 4pm, de lunes a viernes. |
| ESCRIBA A | 9121 Haven Ave, Suite 220 Rancho Cucamonga, CA 91730 |
| SITIO WEB | https://cahealthadvocates.org/hicap/riverside |

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre nuestro plan o Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, y
 - solucionar problemas con sus facturas.



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

F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC) Quality Improvement Organization (QIO). Livanta BFCC-QIO no está relacionada con nuestro plan.

| | |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-877-588-1123 |
| TTY | 1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| ESCRIBA A | 10820 Guilford Road, Suite 312 Annapolis Junction, MD 20701 |
| SITIO WEB | www.livanta.com |

Póngase en contacto con Livanta BFCC-QIO para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - piensa que su estadía en el hospital es demasiado breve, o
 - cree que sus servicios de cuidado de salud en su domicilio, cuidados en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) son demasiado breves.



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

G. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

| | |
|------------------|--|
| LLAME AL | <p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> |
| TTY | <p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.</p> |
| SITIO WEB | <p>medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O, puede llamar a Medicare al número mencionado arriba e indicarles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y analizarán la información con usted.</p> |



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

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que proporciona los servicios de cuidado de salud necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, acogida temporal, mujeres embarazadas y personas con enfermedades específicas como tuberculosis, cáncer de mama o VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

| | |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-844-580-7272 Lunes a viernes, 8am a 6pm. |
| TTY | 1-800-430-7077 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. |
| ESCRIBA A | CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850 |
| SITIO WEB | www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/ |



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

I. La oficina del Ombudsman

La oficina del Ombudsman trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. La oficina de Ombudsman también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. La oficina de Ombudsman no tomará partido automáticamente por nadie en una denuncia. Ellos consideran todas las partes de manera imparcial y objetiva. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso al cuidado de salud. Sus servicios son gratuitos.

| | |
|---------------------------|--|
| LLAME AL | 1-888-452-8609 La llamada es gratis. Lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. |
| TTY | 711 La llamada es gratis. |
| ESCRIBA A | California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 |
| CORREO ELECTRÓNICO | MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov |
| SITIO WEB | www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx |



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

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios por Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local de su Condado.

| | |
|---------------------------|---|
| LLAME AL | <p><u>Condado de Riverside</u></p> <p>1-888-960-4477</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si la llamada se recibe después del horario normal de servicios, los Miembros pueden dejar un mensaje y la llamada se devolverá el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u></p> <p>1-877-800-4544, de lunes a viernes, de 8am a 5pm. La llamada es gratuita.</p> |
| TTY | <p><u>Condado de San Bernardino</u></p> <p>(909) 252-4703</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> |
| ESCRIBA A | <p><u>Condado de San Bernardino</u></p> <p>San Bernardino County IHSS</p> <p>686 E. Mill Street</p> <p>San Bernardino, CA 92415</p> |
| CORREO ELECTRÓNICO | <p><u>Condado de Riverside</u></p> <p>IHSSHOME@rivco.org</p> |
| SITIO WEB | <p><u>Condado de Riverside</u></p> <p>http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u></p> <p>http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</p> |



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

K. Plan de salud mental especializado del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios de necesidad médica.

| | |
|------------------------|---|
| <p>LLAME AL</p> | <p><u>Condado de Riverside</u></p> <p>1-800-706-7500. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Antes y después del horario de atención, las líneas de teléfono se derivan a la Línea de Ayuda de Community Connect.</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u></p> <p>1-888-743-1478. Las 24 horas al día, los 7 días a la semana. La llamada es gratis.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p> |
| <p>TTY</p> | <p><u>Condado de Riverside/San Bernardino</u></p> <p>Los usuarios de TTY deben llamar a los Servicios de retransmisión de California al 711. La llamada es gratis.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> |

Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por el condado



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

L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

| | |
|------------------|--|
| LLAME AL | 1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 6:00 pm. |
| TDD | 1-877-688-9891 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. |
| ESCRIBA A | Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725 |
| FAX | 1-916-255-5241 |
| SITIO WEB | www.dmhc.ca.gov |



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

M. Otros recursos

El Programa de Ombudsman de Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan de salud
- El acceso a los servicios médicos
- Apelaciones por denegación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- Facturaciones médicas
- IHSS (Servicios de ayuda en el hogar)

Health Consumer Alliance le ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número telefónico para Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

| <u>Centros de Recursos para Discapacidad:</u> | <u>Centros de Recursos para Adultos Mayores:</u> |
|--|---|
| <p>Centros para Individuos con Discapacidad Local: (909) 384-5426</p> <p>Community Access Center 6848 Magnolia Ave, Suite 150 Riverside, CA 92506 Local: (951) 274-0358 / TTY: (951) 274-0834 Web: www.ilcac.org</p> <p>Rolling Start, Inc. 1955 Hunts Lane #101, San Bernardino, CA 92408 Local: (909) 890-9516 Web: www.rollingstart.com</p> | <p>Riverside County Office on Aging (951) 867-3800</p> <p>San Bernardino County Department of Aging and Adult Services (909) 891-3900</p> |



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

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de cuidado de salud, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| A. Información sobre servicios y proveedores | 35 |
| B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan | 35 |
| C. Su coordinador de cuidado de salud | 37 |
| C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud | 37 |
| C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado de salud | 37 |
| C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado de salud | 37 |
| D. Cuidado de los proveedores | 38 |
| D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario..... | 38 |
| D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red | 42 |
| D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan | 42 |
| D4. Proveedores fuera de la red | 43 |
| E. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)..... | 43 |
| E1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan..... | 43 |
| F. Servicios de transporte..... | 45 |



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org 33

| | |
|--|-------------------------------------|
| F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia..... | 45 |
| F2. Transporte no médico | 46 |
| G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre | 47 |
| G1. Cuidado en una emergencia médica..... | 47 |
| G2. Cuidado necesario de urgencia..... | 48 |
| G3. Cuidado durante un desastre | 49 |
| H. Qué hacer si le facturan directamente por servicios que nuestro plan cubre | 50 |
| H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios..... | 50 |
| I. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica..... | 50 |
| I1. Definición de un estudio de investigación clínica..... | 50 |
| I2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica..... | 51 |
| I3. Más sobre estudios de investigación clínica | 51 |
| J. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa no médica de cuidado de salud | 52 |
| J1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de salud..... | 52 |
| J2. Cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud | 52 |
| K. Equipo médico duradero (DME)..... | 52 |
| K1. DME como miembro de nuestro plan | 52 |
| K2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare | 53 |
| K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan | Error! Bookmark not defined. |
| K4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare..... | 54 |



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

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son cuidado de salud (como visitas al médico y tratamiento médico), servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento (incluidos la salud mental y el bienestar), medicamentos de receta y de venta sin receta médica, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. El cuidado de salud, la salud del comportamiento y los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos, se encuentran en el **Capítulo 4** de su Manual para Miembros. Los medicamentos de receta y de venta sin receta médica cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de su Manual para Miembros.

Los **proveedores** son médicos, personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por el cuidado que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Por médicamente necesarios, queremos decir servicios importantes que son razonables y protegen la vida. El cuidado médicamente necesario es el requerido para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red que ordene el cuidado o le indique que acuda a otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.



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

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red **o** nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.
- Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados con grupos médicos. Cuando usted elige un proveedor de cuidado primario, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su proveedor de cuidado primario le referirá a especialistas y servicios que están afiliados a su propio grupo médico. Un grupo médico o IPA es un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los Miembros de IEHP. Su proveedor de cuidado primario, junto con el grupo médico o IPA, proporciona su atención médica. Esto incluye obtener autorización para ver especialistas o recibir servicios médicos como análisis de laboratorio, radiografías o admisiones hospitalarias. En algunos casos, su PCP tendrá un contrato directo con IEHP.
- No necesita una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia ni para acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la sección D1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención médica de proveedores de la red afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia y el cuidado necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección H del capítulo).
 - Si necesita cuidado que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindárselo, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa de IEHP antes de recibir atención. En esta situación, cubriremos la atención como si usted la recibiera de un proveedor de la red **o** sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si



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

podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese período, su coordinador de atención médica se comunicará con usted para ayudarle a buscar proveedores en nuestra red afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si usted continúa viendo a proveedores que no están en nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP. Para obtener ayuda con la transición de sus servicios cubiertos por Medicare o Medi-Cal como nuevo miembro de nuestro plan, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer (1st) día del mes posterior a la solicitud de inscripción en IEHP DualChoice. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) si tienes alguna pregunta.

C. Su coordinador de cuidado de salud

C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud

Un miembro de un equipo de atención interdisciplinario lo ayudará con IEHP DualChoice y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Un coordinador de atención puede ser una enfermera o un trabajador social.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

Para hablar con su coordinador de atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado de salud

Para cambiar su coordinador de atención médica, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.



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

D. Cuidado de los proveedores

D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y administre su cuidado. Los PCP de nuestro plan están afiliados con grupos médicos. Cuando usted elige un PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

Un PCP es su proveedor de cuidado primario. Usted generalmente verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP también le ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de IEHP DualChoice. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y si está todo bien. Esto incluye:

- sus radiografías;
- análisis de laboratorio;
- tratamientos;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisiones en el hospital; y
- atención de seguimiento.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Como Miembro de IEHP DualChoice, usted puede elegir cualquier PCP en su Directorio de Proveedores y Farmacias. Cada miembro de la familia inscrito puede elegir su propio PCP. Su PCP puede ser uno de los siguientes tipos de proveedores:

- Los Doctores Familiares y de Medicina General por lo general pueden atender a toda la familia
- Los Doctores de Medicina Interna por lo general atienden solamente a adultos y jóvenes mayores de 14 años
- Los Obstetras y Ginecólogos (OB/GYN) se especializan en la atención médica durante el embarazo y la salud de la mujer.

Para consultar las restricciones de edad de un PCP específico, o si usted tiene alguna pregunta sobre la formación universitaria, la residencia o la certificación de la junta de su PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.



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

¿Qué servicios proporciona el PCP y qué servicios puede obtener usted mismo?

Por lo general verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina, como exámenes médicos, vacunas, etc. Cuando su PCP piense que usted necesita tratamiento o suministros especializados, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (es decir, una aprobación previa) de IEHP DualChoice o el grupo médico. Esta aprobación se llama “referencia”. Es muy importante obtener una referencia de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a ciertos otros proveedores. Si no tiene una referencia antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo.

Su elección de PCP

Para elegir su PCP, puede usar el Directorio de Proveedores y Farmacias o llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Si desea usar un especialista o un hospital específico, primero asegúrese de que su PCP haga referencias a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

- 1) Algunas preguntas que usted pueda querer hacer cuando llame a IEHP DualChoice para elegir o cambiar de PCP incluyen:
 - ¿Qué tipo de PCP es mejor para usted?
 - ¿Tiene el PCP un límite de edad para los pacientes?
 - ¿A qué distancia está el PCP de su hogar?
 - ¿Está el consultorio del PCP abierto hasta la noche y/o durante los fines de semana?
 - ¿En qué hospital puede autorizar su admisión el PCP?
 - ¿Qué idiomas hablan el PCP y el personal del consultorio?
- 2) Además, si usted tiene dudas específicas, le recomendamos que las aclare antes de elegir un PCP. Llame al consultorio del PCP para averiguar cosas como:
 - Si el PCP atiende a más de un miembro de la familia por vez en una cita.
 - Si el PCP acepta pacientes sin previa cita y/o citas en el mismo día.
 - Si el PCP cobrará por llenar formularios y, si es así, cuánto.
 - ¿A qué laboratorio envía el PCP a los pacientes para análisis de laboratorio?
 - Si usted podrá atenderse con su PCP asignado o si deberá atenderse con otros proveedores en el consultorio.
 - Si usted o un familiar tiene una discapacidad, ¿el consultorio del PCP es de fácil acceso?
- 3) Por lo general, los PCP están relacionados con determinados hospitales. Cuando usted elija su PCP, recuerde lo siguiente:



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

- Debe elegir su PCP del Directorio de Proveedores y Farmacias. Si necesita ayuda para elegir un PCP o cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.
- Elija un PCP que se encuentre dentro de las 10 millas o 15 minutos de su hogar.
- El PCP que usted elija solamente puede autorizar su admisión en ciertos hospitales. Trate de elegir un PCP que pueda admitirlo en el hospital que desee dentro de 30 millas o 45 minutos de su casa.
- Algunos hospitales tienen “hospitalistas” que se especializan en la atención de las personas durante la estadía en el hospital. Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica Cuando le den el alta del hospital, usted volverá a tratar sus necesidades de atención médica con su PCP.
- Si necesita cambiar de PCP por algún motivo, es posible que su hospital y su especialista también cambien. Su PCP debería hablar su idioma. Si no es así, su PCP siempre puede usar los servicios de Language Line para obtener la ayuda de un intérprete, si es necesario.

Si usted no elige un PCP cuando se afilia a IEHP DualChoice, elegiremos uno para usted. Le enviaremos una carta con la información de su PCP. Recuerde que puede solicitar un cambio de PCP en cualquier momento.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice pueden ayudarle a buscar y elegir otro proveedor. Para cambiar su PCP, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Recuerde que su PCP está relacionado con un hospital, especialista y otros Proveedores de atención médica. Cuando cambia su PCP, tal vez también esté cambiando los otros Proveedores que puede ver. Debe preguntarle a su nuevo PCP si necesita una nueva referencia.

La fecha en que pida el cambio de su PCP afecta la fecha en que puede comenzar a ver al nuevo PCP. Si su solicitud de cambio es recibida por IEHP DualChoice hasta el día 25 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Si su solicitud de cambio es recibida por IEHP DualChoice después del día 25 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes subsiguiente. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para averiguar cuándo puede ver a su nuevo PCP al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-718-IEHP (4347). Puede solicitar el cambio de su PCP una vez al mes.



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

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. A esta aprobación se le llama **referencia**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red. Para obtener más información, consulte “Atención de urgencia” en el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).
- Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana). Para obtener más información, consulte “Atención de urgencia” en el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios*).

Nota: El cuidado necesario de urgencia debe ser necesario de inmediato y médicamente necesario.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios al miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y vacunas COVID-19 así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios rutinarios de cuidado de salud de la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas *siempre que se los haga con un proveedor de la red*.
- Servicios de planificación familiar (consulte el Capítulo 4 [*Cuadro de beneficios*]) siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios preventivos
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Servicios sensibles y confidenciales
- Pruebas de VIH y asesoramiento en el Departamento de Salud Local
- Pruebas de biomarcadores para cánceres avanzados o metastásicos en etapa 3 o 4
- Además, si es elegible para obtener servicios de proveedores de salud indígenas, puede acudir a estos proveedores sin una referencia.



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

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda cuidado de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.
- Por lo general, verá a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina, como exámenes médicos, vacunas, etc.
- Cuando su PCP piense que usted necesita tratamiento o suministros especializados, su PCP tendrá que obtener una autorización previa de IEHP DualChoice y/o el grupo médico. La autorización previa significa que usted debe obtener la aprobación de IEHP DualChoice o su grupo médico antes de obtener un servicio o medicamento específico. Esta aprobación se llama “referencia”.
- Su PCP enviará una referencia a IEHP DualChoice o el grupo médico. Es muy importante que obtenga una referencia de su PCP antes de que vea a un especialista o ciertos otros proveedores. Si no tiene una referencia antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo.
- Por lo general, los PCP están relacionados con determinados hospitales y especialistas. Cuando usted elige un PCP, esto también determina a qué hospitales y especialistas le referirá el PCP.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red al que usted acuda puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Hacemos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.



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

- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde cuidado.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, un reclamo sobre la calidad del cuidado, o ambos. (Consultar Capítulo 9 para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su cuidado. Para obtener más ayuda, puede comunicarse con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

D4. Proveedores fuera de la red

Si un Miembro requiere servicios médicos que no están disponibles en el área de servicio, la atención debe ser dirigida y aprobada por IEHP o IPA. El proveedor de atención primaria (PCP) y/o el especialista deben enviar una solicitud de servicios con toda la documentación de respaldo (notas de progreso, resultados de laboratorio/pruebas, etc.) a IEHP o a la IPA. El personal de IEHP trabajará con el Departamento de Contratos para obtener una Carta de Acuerdo.

E. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Nuestro plan no brinda servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad.

| En Riverside County: | En San Bernardino County: |
|--|--|
| Departamento de Salud Mental Equipo central de acceso: 1-800-706-7500 | Departamento de Salud Conductual Unidad de acceso: 1-888-743-1478 |

E1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad incluyen:



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

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo a la medicación
- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial de crisis
- Servicios de centros de salud psiquiátricos
- Servicios psiquiátricos para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Administración de casos específicos

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medi-Cal o Drug Medi-Cal están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y del Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios sin medicamentos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios de naltrexona para la dependencia de opiáceos

Los Servicios del sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- Servicios a pacientes ambulatorios y ambulatorios intensivos
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Residencial/pacientes hospitalizados
- Gestión de abstinencia



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

- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios de recuperación
- Coordinación de cuidados

Además de los servicios enumerados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados voluntarios si cumple con los criterios.

Los servicios de Salud del Comportamiento pueden obtenerse por una referencia de su proveedor, un Administrador de Cuidado de la Salud del Comportamiento de IEHP DualChoice o por autorreferencia.

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no sea de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, uso de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP o proveedor tratante para solicitarlo. Su PCP decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a IEHP DualChoice para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP o proveedor tratante reevaluará su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. IEHP DualChoice permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite un traslado a su cita. Esto significa, por ejemplo, que si usted puede física o médicamente ser transportado en una camioneta con capacidad para sillas de ruedas, IEHP DualChoice no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte médico que no sea de emergencia debe usarse cuando:

- Es física o médicamente necesario, según lo determine una autorización por escrito proporcionada por su PCP o proveedor tratante porque usted no puede física o médicamente usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.



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

Para solicitar el transporte médico que su médico le haya recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a Call The Car al 1-866-880-3654, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY tienen que llamar a su servicio de retransmisión o al Servicio de Retransmisión de California al 711 al menos 5 días hábiles (lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación para Miembros cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

IEHP DualChoice cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal pero no a través del plan de salud, IEHP DualChoice le ayudará a programar su transporte. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de IEHP DualChoice, a menos que se autorice previamente.

F2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener un traslado, sin costo alguno para usted, cuando:

- Viajar hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- Recoger recetas y suministros médicos.

IEHP DualChoice le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado de llegar a su cita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. IEHP DualChoice utiliza Call The Car para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, se le puede reembolsar por los viajes en un vehículo privado que organice. IEHP DualChoice debe aprobar esto **antes de** que usted coordine el traslado, y debe decirnos por qué no puede coordinar un traslado de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos llamando o enviando un correo electrónico, o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

El reembolso de millaje requiere todo lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor
- El registro del vehículo del conductor
- Comprobante de seguro de automóvil para el conductor

Para pedir transporte para servicios que han sido autorizados, llame a Call The Car al 1-866-880-3654, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY tienen que llamar a su servicio de retransmisión o al Servicio de Retransmisión de California al 711 al menos 5 días hábiles (lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga



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

a mano su Tarjeta de Identificación para Miembros cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los descendientes de indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

IEHP DualChoice cubre el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo o ser reembolsado directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica si:

- Se necesita una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor hacia y desde la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre

G1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas tales como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe cuidado de salud inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:

- Riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; **o**
- Daño grave a las funciones corporales; **o**
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su hijo por nacer.



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

Si tiene una emergencia **médica**:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita la aprobación ni una referencia de su PCP. No necesita acudir a un proveedor de la red. Puede obtener cuidado médico de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada.
- **Tan pronto como sea posible, infórmele a nuestro plan sobre su emergencia.** Haremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se tarda en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su Manual para Miembros.

Los proveedores que le brindan cuidado de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Continuarán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita cuidado de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

Obtención de cuidado de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que reciba cuidado de emergencia y el médico diga que no fue realmente una emergencia. Cubrimos su cuidado siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro.

Después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solo si:

- Acude a un proveedor de la red o
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas (consulte la Sección H2) para obtenerlo.

G2. Cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote



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

de una afección existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesite tratamiento.

Cuidado necesario de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado necesario de urgencia solo si:

- Recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigues las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si no sabe si la lesión o la enfermedad es urgente, llame a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Siempre debe dirigirse a su PCP para recibir atención. Si no puede comunicarse con su PCP después del horario normal de servicios, llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al 1-888-244-IEHP (4347) o a la Línea de TTY al 1-866-577-8355 para recibir ayuda cuando la necesita. Si es necesario, nuestra Enfermera puede ponerle en contacto con un Doctor por teléfono o por video chat. Si nuestra enfermera piensa que usted necesita más ayuda, le indicará una Clínica de Atención Urgente cercana que esté abierta. Las clínicas de Atención Urgente están abiertas después del horario de atención normal y los fines de semana, y algunas ofrecen análisis de laboratorio y radiografías.

Cuidado necesario de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado necesario de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre cuidado necesario de urgencia ni ningún otro que reciba fuera de los Estados Unidos.

G3. Cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: www.iehp.org.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede atenderse con proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.



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

H. Qué hacer si le facturan directamente por servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

Si pagó por sus servicios cubiertos o si pagó más del costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su Manual para Miembros para saber qué hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*) **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo total.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su Manual para Miembros explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al miembro para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si usa más del límite, paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al miembro para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

I. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.



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

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y averigua si califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan continúa cubriendo sus servicios y cuidados no relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brindan cuidado como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red.

Le animamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado de salud debe comunicarse con Servicios al miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

12. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si usted es parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga los costos por participar en el estudio.

13. Más sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar 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.



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

J. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa no médica de cuidado de salud

J1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de salud es un lugar que brinda cuidado que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de salud. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médicos).

J2. Cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado que sea **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier cuidado que **no sea voluntario y que sea requerido** por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener los servicios cubiertos de cuidado para pacientes hospitalizados o cuidado en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** será cubierta.

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una hospitalización cuando es médicamente necesario. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4).

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital



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

ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

En esta sección, analizamos DME que alquila. En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, usted **no** será propietario de DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

Incluso si tuvo DME por hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

K2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, debe realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan **no** cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare **antes** de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores no cuentan para los 13 pagos consecutivos. Debe realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poseer el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse al propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.



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

K4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno hasta por 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.



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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Nuevos Miembros de IEHP DualChoice: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en IEHP DualChoice. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) si tiene alguna pregunta.

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. Sus servicios cubiertos..... | 56 |
| A1. Durante emergencias de salud pública..... | 56 |
| B. <i>Reglas contra los proveedores</i> que le cobran por los servicios | 56 |
| C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan | 57 |
| D. Tabla de beneficios de nuestro plan | 60 |
| E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan | 100 |
| E1. California Community Transitions (CCT) | 100 |
| E2. Programa dental de Medi-Cal | 100 |
| E3. Cuidado de hospicio | 101 |
| F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal | 102 |



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org 55

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Debido a que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su Manual para Miembros para obtener detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención y/o Servicios para miembros al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

A1. Durante emergencias de salud pública

IEHP DualChoice garantiza que pueda acceder a los servicios de atención médica, equipos y medicamentos cubiertos médicamente necesarios en caso de una emergencia de salud pública, estatal o federal.

IEHP DualChoice le informará sobre la naturaleza de la emergencia y los cambios que implementaremos durante el estado de emergencia para garantizar que continúe recibiendo los servicios médicamente necesarios. Estos incluyen pero no se limitan a: no requerir autorización previa para algunos medicamentos y servicios; permitirle ver a un médico fuera de la red de IEHP DualChoice si su Proveedor que está en la red de IEHP DualChoice no está disponible debido a la emergencia; y detener las limitaciones a los resurtidos de recetas y permitirle resurtir sus recetas en una farmacia fuera de la red de IEHP DualChoice.

Si necesita más información, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los siete días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.



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

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si es así, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le informa los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. No paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Debemos brindarle los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
 - Los servicios (que incluyen cuidado médico, servicios de salud del comportamiento y uso de sustancias, servicios y respaldos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar, o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
 - Usted recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, **no** pagamos la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. **El Capítulo 3** de su Manual para Miembros tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
 - Usted tiene un Doctor de Cuidado Primario (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y administra sus servicios de atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red del plan. Esta aprobación se llama “referencia”. **El Capítulo 3** de su Manual para Miembros tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
 - Debe recibir atención médica de proveedores afiliados al grupo médico de su PCP. Consulte el **Capítulo 3** de su Manual para Miembros para obtener más información.
-



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

- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Este paso se denomina autorización previa. Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan autorización previa con un asterisco (*).
- Si está dentro del período *de 3 meses* de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
- **Información Importante sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Afecciones Crónicas.** Si tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
 - Subsidio de Servicios Públicos de Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos III (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI) – debe tener al menos uno de los siguientes diagnósticos calificados:
 - Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Trastornos hematológicos severos
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Ataque cerebral

Además de tener al menos una de las condiciones crónicas mencionadas anteriormente, debe tener las dos siguientes:



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

- Alto riesgo de hospitalización y;
- Requerir necesidad de coordinación de cuidados.

Los beneficios mencionados son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican. Consulte la sección “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en el Cuadro de beneficios para obtener más información o comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

Información Importante sobre Beneficios para los Afiliados que Participan en la Planificación de Bienestar y Atención Médica: Planificación de Atención Avanzada

Medicare aprobó IEHP DualChoice para brindar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.

- Debido a que IEHP DualChoice participa en el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID), usted será elegible para la Planificación de Bienestar y Atención Médica (WHP): Servicios de Planificación de Atención Anticipada.
 - La planificación de atención anticipada es la planificación de la atención que recibiría si no pudiera comunicarse por usted mismo.
 - Los miembros tendrán la oportunidad de analizar esta planificación de atención anticipada y podrán revisar las directivas anticipadas y otra planificación a largo plazo.
 - Este servicio es voluntario y los Miembros son libres de rechazarlo.

Servicios

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios.
- **Apoyos comunitarios:** Los Apoyos Comunitarios pueden estar disponibles bajo su Plan de Cuidado Individualizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal. Los ejemplos de apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas personalizadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador, o barras y rampas para agarrarse a la ducha. Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos (TTY 1-800-718-4347 o 711) o llame a su proveedor de atención médica.



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

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Acupuntura*</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o más a menudo si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>Llame al 1-800-678-9133 para obtener más información.</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento cara a cara. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara. <p>Si está embarazada, puede obtener asesoramiento ilimitado para dejar de fumar con autorización previa.</p> | <p>\$0</p> |
| <p>Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería • Servicios de Doctores/proveedores <p>Por lo general, obtiene su cuidado de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su cuidado en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de jubilados de cuidados continuos donde vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde cuidado de centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted deja el hospital | |
| <p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas*</p> <p>Prestación de servicios</p> <p>Este plan incluye un beneficio suplementario para los enfermos crónicos (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Es una prestación que los Miembros pueden utilizar con sus servicios públicos.</p> <p>Usted tiene una asignación mensual de \$40 para los servicios públicos cubiertos, que puede transferirse de un mes a otro.</p> <p>Para ser elegible para obtener el beneficio (no todos los</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas* (continuación)</p> <p>Miembros califican), debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas y cumplir con los siguientes criterios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica al alcohol u otra droga • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad del hígado en etapa final • Enfermedad renal en etapa final (End-stage renal disease, ESRD) • Trastornos hematológicos severos • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular y; • Además de tener por lo menos una de las siguientes afecciones crónicas mencionadas anteriormente, también debe tener ambas de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un alto riesgo de hospitalización y; ○ Necesitar coordinación de atención médica intensiva. <p>Este beneficio es parte de un programa complementario para los enfermos crónicos. No todos los Miembros califican.</p> | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
|  <p>Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (tanto si usan insulina como si no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas de glucosa en sangre ○ Dispositivos de lanceta y lancetas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de tiras reactivas y monitores • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ○ ○ Un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos) <p>En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> | \$0 |
| <p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; ○ • Daño grave a las funciones corporales; ○ • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○ • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su hijo por nacer. <p>El plan solamente cubre atención de emergencia dentro de los Estados Unidos.</p> | <p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su emergencia, <u>es posible que lo transfieran</u> a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención como paciente internado solo si nuestro plan aprueba su estadía.</p> |
| <p>Cuidado de hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continua en la página siguiente</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p>encontrar programas de hospicio certificados por Medicare.</p> <p>Su Doctor de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente mientras recibe servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada para estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5 de su Manual para Miembros. <p>Nota: Si necesita cuidado que no sea de hospicio, llame a su coordinador de cuidado de salud para programar los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para un Miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p> | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Cuidado de la agencia de salud en el hogar*</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un Doctor debe decirnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y auxiliar de salud en el hogar (para estar cubiertos por el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y auxiliar de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos | \$0 |
| <p> Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina cada año y • Hasta \$350 para anteojos (armazón y lentes) o hasta \$350 para lentes de contacto cada año. • Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--------------------------------|
| <p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afroamericanos de 50 años o más • Hispanoamericanos de 65 años o más <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el Doctor inserta un lente intraocular.</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> | |
| <p>Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o Doctor autorizado por el estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Una enfermera con práctica médica • Un asistente médico • Cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables <p>Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la clínica • Tratamiento de día • Servicios de rehabilitación psicosocial <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de monitorear la terapia con medicamentos • Laboratorio ambulatorio, medicamentos, insumos y suplementos • Consulta psiquiátrica | |
| <p>Cuidado de urgencia</p> <p>El cuidado de urgencia es el cuidado que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no sea de emergencia y que requiera cuidado médico inmediato, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una lesión, o • Una afección que necesita cuidado inmediato. <p>Si necesita cuidado de urgencia, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p> <p><i>Esta cobertura está disponible dentro de los EE. UU. cuando tenga una afección médica que requiera atención inmediata.</i></p> | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Cuidado en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que brinda cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado en el hogar pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le dan como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio generalmente ofrecidas por centros de enfermería • Rayos X y otros servicios de radiología generalmente brindados por centros de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería • Servicios de Doctores/profesionales • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Cuidado en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la vista • Exámenes de audición • Cuidado quiropráctico • Servicios de podología <p>Por lo general, obtiene su cuidado de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su cuidado en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para personas de la tercera edad o una comunidad de jubilados de cuidados continuos donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde cuidado de centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted deja el hospital. | |
| <p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales, como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | <p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidado de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Servicios médicos | |
| <p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos por un examen de ultrasonido único para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su Doctor, asistente médico, personal de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses • Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses • Prueba de sangre oculta en heces a base de guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses • Examen colorrectal basado en ADN, cada 3 años • Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección) • Colonoscopia (o enema de bario de detección) para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cada 24 meses. | \$0 |
|  <p>Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Detección de cáncer de pulmón*</p> <p>Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su Doctor u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen, nuestro plan paga otro examen cada año con una orden por escrito de su Doctor u otro proveedor calificado.</p> | <p>\$0</p> |
|  <p>Detección de VIH*</p> <p>Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidan una prueba de detección del VIH, o • Tengan un alto riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--------------------------------|
| <p>Detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol*</p> <p>Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona cada año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) con un Proveedor de Cuidado Primario calificado o un profesional en un entorno de cuidado primario.</p> | \$0 |
| <p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Pagamos por los siguientes dispositivos protésicos y quizás otros dispositivos que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • Marcapasos • Soportes • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • Prótesis para reemplazar completa o parcialmente un elemento facial externo que se haya extraído o dañado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crema y pañales para la incontinencia <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>No pagaremos dispositivos protésicos dentales.</p> | |
| <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el último capítulo de su <i>Manual para Miembros</i> para leer una definición de “Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Almohadilla de presión seca para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • Suministros y bomba enteral • Dispositivos generadores de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andadores • Mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de repuesto • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo de cuidado de diálisis • Otros artículos pueden estar cubiertos. <p>Pagamos por el DME médicamente necesario que normalmente pagan Medicare y Medi-Cal. La cobertura se limita al DME de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas.</p> | |
| <p> Detección de depresión</p> <p>Pagamos por una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento y referidos.</p> | \$0 |
| <p> Detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba de antígeno prostático específico (Prostate specific antigen, PSA) | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo suministros y material técnico • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio | \$0 |
| <p> Detección de obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de cuidado primario. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su Proveedor de Cuidado Primario para obtener más información.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
|  <p>Detección y asesoría para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Pagamos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un Proveedor de Cuidado Primario debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones personales de asesoramiento de comportamiento de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un Proveedor de Cuidado Primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un Doctor.</p> | \$0 |
| <p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un Doctor, como paciente ambulatorio del hospital o centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un Doctor certifique que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epoetina Alfa o Darbepoetina Alfa) • Inmunoglobulina IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su Manual para Miembros explica nuestro beneficio de medicamentos de receta para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>El Capítulo 6 de su Manual para Miembros explica lo que paga por sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p> | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los Miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos a un Doctor para que observe y comente los resultados.</p> | \$0 |
| <p>Pacientes internados: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta*</p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado de pacientes hospitalizados no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Pacientes internados: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta* (continuación)</p> <p>dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan total o parcialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), ○ ○ La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. ● Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, así como piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en su condición ● Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional | |
| <p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestros planes pagan por los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cambio dietético a largo plazo, y ● Aumento de la actividad física y ● Maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación para la salud; • Clases de educación nutricional; • Dejar de fumar y usar productos de tabaco; y • Línea directa de servicios de enfermería | \$0 |
|  <p>Detección de cáncer de los senos (mamografías)</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses | \$0 |
|  <p>Detección de diabetes</p> <p>Pagamos por esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de la prueba, puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--------------------------------|
|  <p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p> | \$0 |
| <p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol • Tratamiento del abuso de drogas • Asesoramiento grupal o individual por un Doctor calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • Servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada | \$0 |
| <p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria (helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención médica puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por nosotros.</p> <p>En casos que no sean emergencias, podemos pagar una</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--------------------------------|
| <p>Servicios de ambulancia (continuación)</p> <p>ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de cuidado puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p> | |
| <p>Servicios de audición*</p> <p>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando las obtiene de un Doctor, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El beneficio de aparatos auditivos incluye moldes, suministros para modificación y accesorios. Si está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagamos los dispositivos auditivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros e insertos • Reparaciones que cuesten más de \$25 por reparación • Un juego inicial de baterías • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de recibir el dispositivo auditivo • Alquiler de dispositivos auditivos durante período de prueba | \$0 |
| <p>Servicios de Doctor/proveedor, incluidas visitas en consultorios*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de salud médicamente necesario o servicios quirúrgicos que se brindan en lugares tales como: • Consultorio médico • Centro de cirugía ambulatoria certificado <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Servicios de doctor/proveedor, incluidas consultas en consultorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de pacientes ambulatorios del hospital ● Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista ● Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su Proveedor de Cuidado Primario, si su Doctor lo ordena para ver si usted necesita tratamiento ● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para Miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular ● Servicios de telesalud para Miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente ● Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias ● Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. ● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su Doctor durante 5 a 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios de doctor/proveedor, incluidas consultas en consultorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La consulta no está relacionado con una visita a la oficina en los últimos 7 días y ○ La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima ● Evaluación de video y/o imágenes que envíe a suDoctor e interpretación y seguimiento por parte de suDoctor dentro de las siguientes 24 horas si <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima ● Consulta que suDoctor tiene con otros Doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía ● Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ Ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos faciales ○ Extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación del cáncer neoplásico ○ Servicios que estarían cubiertos cuando fueran prestados por un Doctor | |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--------------------------------|
| <p>Servicios de Doula</p> <p>Para las embarazadas, pagamos nueve visitas a una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p> | \$0 |
| <p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios del hospital o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su Doctor o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p> | \$0 |
| <p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier Doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (DIU/SIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Consejería y diagnóstico de infertilidad • Consejería, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería y pruebas para VIH y SIDA, y otras condiciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas relacionadas a la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales de concebir). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Prueba genética | |
| <p>Servicios de podología*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para los Miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--------------------------------|
| <p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, Centros de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) y otros centros.</p> | \$0 |
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)*</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los Miembros deben cumplir ciertas condiciones con una referencia del Doctor.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> | \$0 |
| <p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Pagaremos programas de rehabilitación pulmonar para Miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Usted debe tener una referencia de rehabilitación pulmonar del doctor o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p> <p>Pagamos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de ventilador.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--------------------------------|
| <p>Servicios del Programa de tratamiento por abuso e opioides (OTP)*</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (Opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, administrar y proporcionarle estos medicamentos • Consejería de uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de detección drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología) | \$0 |
| <p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal o FFS Medi-Cal.</p> | \$0 |
| <p>Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su Doctor a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ● Laboratorios y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital ● Cuidado de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un Doctor certifica que el tratamiento hospitalario sería necesario sin él ● Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital ● Suministros médicos, como férulas y yesos ● Exámenes y servicios preventivos enumerados en la Tabla de beneficios ● Algunos medicamentos que no pueda autoadministrarse | |
| <p>Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS)*</p> <p>Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) es un programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro donde las personas asisten de acuerdo con un horario. Brinda cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (que incluyen terapias ocupacionales, físicas y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos por CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si una instalación de CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Pagamos los servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Si necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado local paga los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización para el cuidado más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental del condado local.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <p>Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que recibe en un Instituto de Enfermedades Mentales (Institute for Mental Diseases, IMD).</p> | <p>\$0</p> |
| <p>Servicios preventivos del asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para los desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.</p> | <p>\$0</p> |
| <p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna para corregir la alineación | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Servicios y suministros para enfermedades renales*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su Doctor debe darle un referido. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de su <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)*</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) para Miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) que tienen una derivación para PAD del Doctor responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Nuestro plan paga por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en Miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un entorno ambulatorio del hospital o en el consultorio de un Doctor • Brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD • Bajo la supervisión directa de un Doctor, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se le brindan en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • Equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de cuidado; • Capacitación y educación de Miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. | <p>\$0</p> |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando es referido por su Doctor.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagaremos dos horas de servicios de asesoría en persona por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la referencia de un Doctor. Un Doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la referencia una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> | \$0 |
| <p>Transporte: Transporte no médico</p> <p>Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado.</p> <p>Se requiere transporte con el fin de obtener el cuidado médico necesario, incluidos los viajes a las citas con el dentista y para recoger los medicamentos de receta.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia*</p> <p>Este beneficio permite el transporte que sea más rentable y accesible. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, camilla, camioneta para silla de ruedas, y coordinación con paratransito.</p> <p>Se autorizan las formas de transporte cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y • Dependiendo del servicio, se puede requerir autorización previa. | \$0 |
| <p> Vacunas</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su Manual para Miembros para más información.</p> <p>También pagamos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization, ACIP).</p> | \$0 |



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

| Servicios que paga nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|-------------------------|
|  | <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Debería hacerse un chequeo anual. Esto es para realizar o actualizar un plan de prevención con base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses.</p> | \$0 |
|  | <p>Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su Proveedor de Cuidado Primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su Doctor puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir el uso de aspirina, • Comprobar su presión arterial y/o • Darle consejos para asegurarse de que su alimentación es adecuada. | \$0 |
|  | <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), y • Referidos para otros cuidados si los necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su Doctor que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> | \$0 |



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

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por servicio de Original Medicare o Medi-Cal.

E1. California Community Transitions (CCT)

El programa California Community Transitions (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos, a hacer la transición de regreso y permanecer seguros en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes del CCT y los condados a los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición del CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios no relacionados con su transición del CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición del CCT, pagamos los servicios enumerados en la **Sección D** de la Tabla de beneficios.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para más información, consulte el **Capítulo 5** de su Manual para Miembros.

Nota: Si necesita cuidado de transición que no sea del CCT, llame a su coordinador de cuidado de salud para programar los servicios. El cuidado de transición que no sea del CCT es cuidado que **no** está relacionado con su transición de una institución o centro.

E2. Programa Dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal; este incluye, pero no se limita a, servicios tales como:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor



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

- Restauraciones y coronas
- Terapia de conducto radicular
- Dentaduras postizas, ajustes, reparaciones y rebases

Los beneficios dentales están disponibles en el Programa Dental de Medi-Cal como opción de pago por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la Línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/ para más información.

Además del programa dental de pago por servicio de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de cuidado dental administrado. Los planes de cuidado dental administrados están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Cuidado de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 am a 6:00 pm. La llamada es gratuita.

E3. Cuidado de hospicio

Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la **Sección D** de la Tabla de beneficios para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidado de hospicio.

Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados de hospicio factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal (excepto para cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia)

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.



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

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el **Capítulo 5** de su Manual para Miembros.

Nota: Si necesita cuidado que no sea de hospicio, llame a su coordinador de cuidado de salud para programar los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagan por ellos.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para Miembros*), excepto en las condiciones específicas que se enumeran. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.
- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los artículos y tratamientos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Personal de enfermería de turno privado.



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

- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Tarifas cobradas por sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.
- Comidas a domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que sean similares.
- Cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna de conformidad con las pautas de cobertura.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto como se describe en los servicios de podiatría en la Sección D de la Tabla de beneficios.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.
- Artículos personales: artículos de comodidad personal o artículos y servicios de conveniencia, como televisión, membresías en clubes de salud y/o artículos similares.
- Equipo médico para la disfunción eréctil.



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

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* le informa cuánto paga por estos medicamentos. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su Manual para Miembros.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

- Debe hacer que un médico u otro proveedor le proporcione su receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le ha dado un referido para que le atiendan.
- El emisor de su receta **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare o cualquier lista similar de Medicaid, Lista estatal de exclusión de Medicaid y sancionado por el estado o cualquier lista estatal similar de Medicaid.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.
- Su medicamento de receta debe estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org 104

- Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento de receta se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento de receta.

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. Cómo surtir sus recetas | 107 |
| A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red..... | 107 |
| A2. Uso de su tarjeta de identificación del plan al surtir una receta..... | 107 |
| A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red | 107 |
| A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red | 107 |
| A5. Uso de una farmacia especializada..... | 108 |
| A6. Uso de servicios de envío por correo para obtener sus medicamentos..... | 108 |
| A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos..... | 109 |
| A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan | 110 |
| A9. Reembolso de pago por una receta..... | 111 |
| B. Lista de Medicamentos de nuestro plan..... | 111 |
| B1. Medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos..... | 111 |
| B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos..... | 112 |
| B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos..... | 112 |
| B4. Niveles de la Lista de Medicamentos | 113 |
| C. Límites en algunos medicamentos..... | 113 |



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

- D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 115
 - D1. Obtener un suministro temporal 115
- E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 117
- F. Cobertura de medicamentos en casos especiales..... 119
 - F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan..... 119
 - F2. En un centro de cuidado a largo plazo..... 120
 - F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare..... 120
- G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos 120
 - G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura..... 120
 - G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos 121
 - G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides 122



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

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A2. Uso de su tarjeta de identificación del plan al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación del plan** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagar a la farmacia un copago cuando recoja su receta.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su tarjeta de identificación del plan o BIC con usted cuando surta su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. **Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten que, en caso de emergencia, la farmacia emita un suministro de no menos de 72 horas de la receta que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de su Manual para Miembros.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un nuevo surtido de una receta, puede solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún hay surtidos restantes.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.



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

A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario debería ocurrir raramente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidado de salud.

A6. Uso de servicios de envío por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de envío por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del envío por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.



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

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de envío e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Servicio para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Esta información también está disponible en el sitio web de IEHP en www.iehp.org.

Por lo general, una receta de envío por correo llega dentro de 3 a 5 días. Sin embargo, a veces el envío por correo puede demorarse. Si la entrega está demorada, puede comunicarse con su Proveedor de Cuidado Primario para que le dé una receta de emergencia y presentarla en cualquier farmacia de la red cercana. El personal de la farmacia puede comunicarse con MedImpact (una compañía con la que trabaja IEHP DualChoice) al 1-888-495-3147 para obtener una anulación de emergencia debido a la demora en el proceso de pedido por correo.

Procesos de envío por correo

El servicio de envío por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las renovaciones de sus recetas de envío por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más tarde.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas de envío por correo

Para volver a surtir un medicamento, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Infórmele a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes del envío. Para dar sus preferencias de comunicación, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al



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

1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o de largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, usted podrá usar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** (*Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos*) para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

Enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar más del costo compartido normal si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red.

Si el medicamento cubierto de la Parte D está relacionado con la atención de una emergencia médica.

Durante cualquier desastre Federal u otra emergencia de salud pública en la que sea evacuado o desplazado de su lugar de residencia.

En situaciones de emergencia cuando no pueda usar una farmacia de la red, pagaremos un suministro de 31 días de sus medicamentos

En estos casos, consulte primero con Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.



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

A9. Reembolso de pago por una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando recibe su medicamento de receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Alternativamente, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero presentando el reclamo de “Reembolso de gastos directos de su bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Se puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le informa las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos de receta que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento de receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.



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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos. Algunos medicamentos cuestan menos que los medicamentos con receta y surten el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que toma está en nuestra Lista de Medicamentos, puede:

- Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web de nuestro plan en www.iehp.org. La Lista de Medicamentos en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para más información

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos de receta. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos. Si se recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, sus necesidades de medicamentos de receta siempre se evaluarán según las políticas de cobertura de nuestro plan, así como las reglas de cobertura de Medicare.

Nuestro plan no paga los medicamentos enumerados en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de



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

forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos de receta para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no indicado en la etiqueta”. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos de receta para uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios realizados únicamente por ellos

B4. Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en nuestra Lista de Medicamentos está en un nivel. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o medicamentos de venta OTC).

Todos los medicamentos cubiertos son del Nivel 1 e incluyen medicamentos genéricos, de marca y biosimilares.

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, busque el medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.

El **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos de receta, las reglas especiales limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo



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

funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle utilizar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 956**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red le brindan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca registrada.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igualmente efectivos antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe el Medicamento A primero.

Si el Medicamento A **no** funciona para usted, cubriremos el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.



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

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.iehp.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección E en el Capítulo 9.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales sobre la cobertura del medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o su médico deseen solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de Medicamentos o
 - nunca estuvo en nuestra Lista de Medicamentos o



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

- ahora está limitado de alguna manera
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
- Estaba en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 31 días.
 - Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar su medicamento de receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 31 días.
 - Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar su medicamento de receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
 - Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta es por menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
 - Si usted es un miembro actual con cambios en su nivel de atención, le permitiremos volver a surtir su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 31 días, acorde con el incremento de despacho, a menos que usted tenga una receta extendida para menos días.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.



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

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos que cubrimos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

Si un medicamento que toma se eliminará de nuestra Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como le gustaría.
- Respondemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su proveedor de receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o su *coordinador de atención*. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación (para obtener más información al respecto, consulte la Sección E en el Capítulo 9).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requiere o no la aprobación previa para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).



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

- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- Aparezca en el mercado un nuevo medicamento más barato que funcione tan bien como un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos ahora, o
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- Se retira un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra Lista de Medicamentos, siempre puede:

- Consulte nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.iehp.org o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de Medicamentos actual.

Algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos ocurren de **inmediato**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca registrada que existe en la Lista de Medicamentos ahora. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca registrada y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, podemos también decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas de cobertura o sus límites.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que suceda.
- Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” de estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre las excepciones.
- Se retira un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o si el fabricante retira un medicamento del mercado, lo eliminamos de nuestra Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informamos. Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio. Puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.



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

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- *Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y*
 - Reemplazamos un medicamento de marca registrada que está en la Lista de Medicamentos actualmente
 - Cambiamos las reglas de cobertura o los límites de un medicamento de marca.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informamos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a nuestra Lista de Medicamentos
- Le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro proveedor de receta. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que puede tomar en su lugar
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no le afectan ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento por el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.



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

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga, consulte el **Capítulo 6** de su Manual para Miembros.

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico que su hospicio no cubra porque no está relacionado con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de hospicio o médico que receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surta una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- Puede que no sean necesarios porque toma otro medicamento que hace lo mismo



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

- Puede que no sean seguros para su edad o género
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos de receta, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Puede que esté tomando medicamentos para diferentes afecciones médicas y/o que esté en un Programa de administración de medicamentos para ayudarle a usar sus medicamentos opioides de manera segura. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a los medicamentos
- La mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos de receta y de venta sin receta médica

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos de receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar” para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de salud.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si acude al hospital o a la sala de emergencias.



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

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides de receta y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si determinamos que el uso que usted hace de los opioides o medicamentos de benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar su acceso a ellos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de cierta farmacia y/o de cierto médico
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si creemos que una o más limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explica las limitaciones que creemos que deberían aplicarse.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos de receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión por escrito. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de revisión independiente. Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de revisión independiente, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- Tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- Está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o de final de la vida, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.



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

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo le informa lo que paga por sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos de receta de la Parte D de Medicare. Nosotros *le enviamos* un inserto separado, denominado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este complemento, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Para obtener más información sobre medicamentos de receta, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A esta la llamamos la “Lista de Medicamentos”. En ella le indicamos:
 - » Qué medicamentos pagamos
 - » En qué nivel se encuentra cada medicamento
 - » Si hay algún límite en los medicamentos



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

- Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.iehp.org.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por IEHP DualChoice. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.
 - Allí se le indica cómo obtener sus medicamentos de receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos de receta no cubre nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre las farmacias de la red.



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

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB) | 126 |
| B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos | 126 |
| C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo | 127 |
| C1. Nuestro nivel..... | 128 |
| C2. Sus opciones de farmacia | 128 |
| C3. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento | 128 |
| C4. Lo que usted paga..... | 128 |
| D. Asistencia de costos compartidos de medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA .. | 130 |
| D1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) | 130 |
| D2. Si no está inscrito en el ADAP | 130 |
| D3. Si está inscrito en el ADAP | 130 |
| E. Vacunas | 130 |
| E1. Lo que debe saber antes de vacunarse..... | 130 |
| E2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare | 131 |



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

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos de receta. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos de receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios de la Parte D*. Lo llamamos EOB de la Parte D para abreviar. La EOB de la Parte D tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos de receta recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su doctor para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- La mayoría de los medicamentos de receta que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de esta manera:



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

1. Use su tarjeta de identificación del plan.

Muestre su tarjeta de identificación de IEHP DualChoice cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Proporcionémos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos *nuestra parte del costo del medicamento*.

Estas son algunas veces en las que debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos *nuestra parte del costo de un medicamento*, consulte el **Capítulo 7** o su *Manual para Miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos directos de su bolsillo.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB de la Parte D por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que algo está mal o que algo falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB de la Parte D. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

Debido a que califica para la "Ayuda Adicional", no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.



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

C1. Nuestro nivel

Los niveles son grupos de medicamentos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Cada medicamento en nuestra Lista de Medicamentos está en un nivel. No tiene copago por medicamentos recetados y de venta libre en nuestra Lista de Medicamentos, siempre y cuando reciba “Ayuda Adicional”. Para encontrar el nivel de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 incluyen medicamentos genéricos, de marca y biosimilares.

C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es por hasta 90 días. No hay costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Puede pagar un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos de receta que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de



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

servicio al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando recibe un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de:

| | Una farmacia de la red | El servicio de pedido por correo de nuestro plan | Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red | Una farmacia fuera de la red |
|--|---|---|--|--|
| | Un suministro por un mes o de hasta 31 días | Un suministro por un mes o de hasta 90 días | Un suministro de hasta 31 días | Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles. |
| Costo compartido Nivel 1 (medicamentos genéricos, medicamentos de marca registrada, medicamentos biosimilares) | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |

Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.



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

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Asistencia de costos compartidos de medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA

D1. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos de receta a través del Departamento de Salud Pública de California, de la Office of AIDS para las personas inscritas en el ADAP.

D2. Si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o consulte el sitio web del ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

D3. Si está inscrito en el ADAP

El ADAP puede continuar brindando a los clientes de ADAP asistencia con los costos compartidos de recetas médicas de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local de inscripción en ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el sitio de inscripción en ADAP o el trabajador de inscripción más cercano, llame al 1-844-421-7050 o consulte el sitio web mencionado anteriormente.

E. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su doctor.

E1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse.



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

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación
- Podemos decirle cómo mantener sus costos bajos usando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no pague por adelantado una vacuna de la Parte D.

E2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para lo que está siendo vacunado).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su Manual para Miembros.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Aquí encontrará tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y su inyección en una farmacia de la red.
 - Usted no pagará *nada* por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su doctor y este le aplica la inyección.
 - Uste no pagará *nada* al doctor por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo por aplicarle la inyección.
 - El consultorio del doctor debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar *nada* por la vacuna.
3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su doctor para recibir la inyección.
 - Usted no pagará *nada* por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo por aplicarle la inyección.

Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.



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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos *nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos*

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|--|-----|
| A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos | 133 |
| B. Cómo enviarnos una solicitud de pago | 135 |
| C. Decisiones de cobertura..... | 135 |
| D. Apelaciones..... | 136 |



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir ninguna factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan de salud por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red trabaja con el plan de salud. **Si recibe una factura por medicamentos o cuidado de salud, no pague la factura y envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó *la factura*, es su derecho recibir un reembolso.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.
- ❖ Comuníquese con Servicios para Miembros o su *coordinador de atención* si tienes alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Aquí encontrará ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (consulte el Capítulo 3, sección D4 [*Proveedores fuera de la red*] en la página 43)

Solicítele al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos *nuestra parte del costo*. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos *nuestra parte del costo*.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga cualquier servicio o receta. La facturación incorrecta o inadecuada ocurre cuando un proveedor (como un doctor u hospital) le factura más que



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

nuestro monto de costo compartido por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura. No pague la factura.**

- *Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.*
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos *la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía con nuestro plan.*

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos *nuestra parte del costo.*
- Consulte el **Capítulo 5** de su Manual para Miembros para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de la receta porque no tiene su tarjeta de identificación del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del plan.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos *nuestra parte del costo.*

5. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.



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

- Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).
- Si usted y su doctor u otro doctor que le recete un medicamento creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su doctor u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle *nuestra parte del costo del medicamento*.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos nuestra parte del costo del *mismo*.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que escribió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.**

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

También puede llamarnos para solicitar el pago. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm, (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que debe pagar.



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

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, le pagamos *nuestra parte del costo* del mismo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por *nuestra parte del costo*. Si no pagó, le pagaremos al proveedor directamente.
- ❖ En el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de receta de la Parte D de Medicare.
- Si decidimos no pagar *nuestra parte del costo del* servicio o medicamento, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*).

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

- ❖ El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*:
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F** (*Cuidado médica, página 160*).
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G** (*Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, página 174*).



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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades | 138 |
| B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos..... | 139 |
| C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)..... | 140 |
| C1. Cómo protegemos su PHI | 141 |
| C2. Su derecho a ver sus registros médicos..... | 141 |
| D. Nuestra responsabilidad de brindarle información | 142 |
| E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente | 143 |
| F. Su derecho a cancelar nuestro plan..... | 143 |
| G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud..... | 144 |
| G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones | 144 |
| G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda | 144 |
| G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones | 145 |
| H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones | 145 |
| H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos | 146 |
| I. Sus responsabilidades como miembro del plan..... | 146 |



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

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera competente y accesible a nivel cultural. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede darle materiales *en idiomas distintos del inglés* y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

Número de teléfono: 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

- To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications so you do not need to make a separate request each time.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos al inglés o en un formato alternativo, o para realizar cambios en una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice mantendrá su información como solicitud permanente para las futuras correspondencias y comunicaciones, de modo que usted no necesite hacer una nueva solicitud cada vez.
- 如需長期獲取西班牙語或其他格式的資料，請致電1-877-273-IEHP (4347) 與IEHP DualChoice會員服務處聯絡，服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。IEHP DualChoice會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。
- Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn



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

Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. *IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như yêu cầu cố định cho việc gửi thư và thông tin liên lạc trong tương lai, do đó quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng cho mỗi lần.*

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.
 - Llame a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué doctores aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener un referido. Un referido es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir cuidado de salud oportuna de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar el cuidado de salud fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o cuidado de salud que se necesita con urgencia sin aprobación previa.



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

- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su Manual para Miembros.
- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de cuidado de salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud.

En el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros se le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derecho de acceder a su información y controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito denominado “Aviso de prácticas de privacidad” que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales o presentar un reclamo por servicios confidenciales. IEHP DualChoice dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono designados alternativos del miembro o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono registrados. IEHP DualChoice no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe atención. IEHP DualChoice atenderá las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados, si se pueden producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.



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

Puede solicitar que la información sobre sus servicios confidenciales* sea dirigida a su dirección postal o dirección de correo electrónico designada. Para hacerlo, debe solicitar y completar un formulario llamado Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales (*Confidential Communications Request, CCR*). El CCR también se puede descargar/encontrar en el sitio web de IEHP. Tenga en cuenta que IEHP procesará el formulario CCR dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de una transmisión electrónica o solicitud telefónica o dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción por correo de primera clase. IEHP marcará como recibido la solicitud de comunicaciones confidenciales y le informaremos sobre el estado de implementación de la solicitud si se comunica con nosotros.

*los servicios sensibles incluyen todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, el trastorno por uso de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde cuidados o que no pague por sus cuidados. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de los cuidados de salud de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y cómo lo hacemos.



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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Este es un servicio gratuito.

También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, en letra grande, en braille o en audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電IEHP DualChoice會員服務處，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。電話服務免費。

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Quý vị được miễn cước cho cuộc gọi này.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones hechas por los miembros
 - cómo salir de nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de cuidado primario
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores en nuestra red



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

- Servicios y medicamentos cubiertos e información sobre las reglas que debe seguir, que incluye:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*), incluso puede pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que tiene

E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a cancelar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual para Miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos de receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.



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

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud

Tiene derecho a recibir información completa de sus doctores y otros proveedores de cuidado de salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a utilizar otro doctor antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento de receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento de receta, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado de salud.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega el cuidado de salud que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros se le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de salud por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito que **otorga a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado de salud por usted.**
- **Dar a sus doctores instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su cuidado de salud si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido el cuidado que **no** desea.



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

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para el cuidado de salud.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su doctor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratis en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Debe entregar una copia del formulario a su doctor. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. IEHP DualChoice le comunicará los cambios en la ley estatal en un lapso no mayor de 90 días después del cambio.

Tener una instrucción anticipada es **su** elección. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada, y cree que un doctor u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales de California, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37,



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

Sacramento, CA 94244-2430. Puede llamar al número gratuito del Departamento al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY pueden llamar al 916-263-0935.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o cuidado de salud cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Manual para Miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el Capítulo 2 (*Números de teléfono y recursos importantes*).
- El Programa de Ombudsman al 1-888-452-8609. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su Manual para Miembros.
- 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. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Leer el *Manual para Miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:



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

- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su Manual para Miembros. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su Manual para Miembros.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su doctor y otros proveedores de cuidado de salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus doctores** y otros proveedores de cuidado de salud a brindarle el mejor cuidado de salud.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus doctores y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabajar con su coordinador de cuidado de salud**, incluida la realización de una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su doctor, hospitales y con otros proveedores.
- **Informarnos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de Parte A de Medicare y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus *medicamentos* que cubre nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el *medicamento*. *Para la mayoría de los miembros del plan, recibe "Ayuda Adicional" para cubrir el costo de sus medicamentos.*



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

- **Cuéntenos si se cambia de casa.** Si planea cambiarse de casa, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se cambia de casa fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros* se le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está cambiando de casa fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se cambie de casa. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se cambia de casa y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Avísenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de contactarlo.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.



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

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su cuidado de salud.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y respaldos a largo plazo, que incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y servicios en centros de enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado de salud como parte de su plan de cuidado. **Si tiene un problema con su cuidado de salud, puede llamar al Programa de Ombudsman al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Ombudsman para recibir orientación con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con el programa, consulte el **Capítulo 2** de su Manual para Miembros.



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

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud..... | 152 |
| A1. Acerca de los términos legales | 152 |
| B. Dónde obtener ayuda..... | 152 |
| B1. Para más información y ayuda | 152 |
| C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan | 154 |
| D. Problemas con sus beneficios..... | 155 |
| E. Decisiones de cobertura y apelaciones..... | 155 |
| E1. Decisiones de cobertura | 155 |
| E2. Apelaciones | 156 |
| E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones..... | 156 |
| E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?..... | 157 |
| F. Cuidado médico | 158 |
| F1. Uso de esta sección..... | 158 |
| F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura | 159 |
| F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 | 161 |
| F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2..... | 164 |
| F5. Problemas de pago | 170 |
| G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare | 171 |
| G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D..... | 171 |
| G2. Excepciones de la Parte D | 173 |
| G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción | 174 |
| G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción | 174 |
| G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 | 177 |
| G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 | 179 |



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

| | |
|--|-----|
| H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital..... | 181 |
| H1. Información sobre sus derechos de Medicare..... | 181 |
| H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 | 182 |
| H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 | 184 |
| H4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1 | 185 |
| H5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2 | 186 |
| I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos | 187 |
| I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura..... | 188 |
| I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 | 188 |
| I3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2..... | 190 |
| I4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1 | 191 |
| I5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2..... | 192 |
| J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2..... | 192 |
| J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare | 192 |
| J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal..... | 194 |
| J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D | 194 |
| K. Cómo presentar una queja..... | 195 |
| K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?..... | 195 |
| K2. Quejas internas..... | 197 |
| K3. Quejas externas..... | 198 |



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

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también llamadas reclamos.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Realizar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud

Puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (*Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.



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

Ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Se ofrece ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar 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.
- Visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/es).

Ayuda e información de Medi-Cal

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con las Opciones de Atención Médica (*Health Care Options, HCO*) del Departamento de Servicios de Atención Médica (*Department of Health Care Services, DHCS*). Aquí le mostramos dos formas de obtener ayuda de HCO:

- Llame al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8am a 6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077
- Visite el sitio web de Opciones de Atención Médica del DHCS (www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/).

Ayuda de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Para obtener información y ayuda, puede comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (*Beneficiary & Family Centered Care, BFCC*). Puede llamar a Livanta al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)

Ayuda del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud de California

El Ombudsman de Cuidado Administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) de California puede brindar asistencia. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden ayudarlo si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, de 8am. a 5pm al 1-888-452-8609.

Ayuda de la Oficina del Defensor de los Beneficiarios

La Oficina del Defensor de los Beneficiarios trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer.



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

Puede llamar a la Oficina del Defensor de los Beneficiarios al 1-888-452-8609 (TTY: 711). O visite su sitio web en www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

Ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

Comuníquese con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (*California Department of Managed Health Care*) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al 1-877-273-IEHP (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 recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1 877-688-9891**) para personas con problemas auditivos y del habla. El sitio web de Internet del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.



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

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

| <p>¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?</p> <p>Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico o los Medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas sobre el pago del cuidado médico o los Medicamentos recetados.</p> | |
|--|--|
| <p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p> | <p>No.</p> <p>Mi problema no se trata de beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p> |

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cobertura favorable para usted cada vez que recibe cuidado médico de su parte o si le brinda un referido para un especialista médico.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.



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

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Manejan su apelación revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

En la mayoría de los casos, debe iniciar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica independiente del Departamento de Cuidados de Salud Administrados en www.dmhc.ca.gov. Consulte la página 166 para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo (Capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la Apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se **envía automáticamente** a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo contaremos.
- En otras situaciones, **debe solicitar** una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** en los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- **Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.



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

- **El Centro de Ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891.
- **Su doctor u otro proveedor.** Su doctor u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536.

Complete el formulario Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario al visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web en www.iehp.org. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital”
- **Sección I**, “Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos (Esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de salud domiciliaria, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).)”



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

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

F. Cuidado médico

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado y servicios médicos que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Generalmente nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye servicios y artículos médicos, así como Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, que generalmente son medicamentos administrados por su doctor o profesional de la salud. Es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento de receta de la Parte B. Cuando es el caso, explicamos cómo las reglas para los Medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no recibe.

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado de salud que su doctor u otro proveedor de cuidado de salud desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por cuidado médico que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto cuidado de salud y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

6. Está experimentando retrasos en el cuidado o no puede encontrar un doctor.



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

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de salud domiciliaria, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** (*Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital*) o **Sección I** (*Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos*) para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierto cuidado médico, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su doctor o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura a través de las siguientes opciones:

- Por teléfono: 1-877-273-IEHP (4347) TTY: 1-800-718-4347.
- Por fax: (909) 890-5877.
- Por correo: IEHP DualChoice, P.O Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800.

Decisión de cobertura estándar

Quando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le brindamos una respuesta sobre lo siguiente:

- IEHP DualChoice decidirá las aprobaciones previas de rutina dentro de los 5 días hábiles posteriores a partir de que IEHP DualChoice obtenga la información necesaria para tomar una decisión, y no más de 14 días del calendario después de que IEHP DualChoice reciba la solicitud.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.



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

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar cobertura para cuidado médico que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago del cuidado médico que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su doctor nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su doctor, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo indicará y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:
 - Que le brindaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su doctor la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K (Cómo presentar una queja)**.

Si decimos NO a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3 [Cómo hacer una apelación de nivel 1]**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen:



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

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su doctor o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-877-273-IEHP (4347).

- Si su doctor u otra persona autorizada para dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su doctor presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando el sitio: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visitando nuestro sitio web: <https://www.iehp.org/en/members/iehp-dualchoice-cal-mediconnect-plan?target=important-resources>.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - Desestimaremos su solicitud y
 - Le enviaremos un aviso por escrito donde le explicaremos su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que analice nuestra decisión de desestimar su apelación.

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.



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

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su doctor también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted y/o su doctor decidirán si necesita una apelación rápida.
- El proceso para una apelación rápida es el mismo que para una decisión de cobertura rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura en **la Sección F2** (*Cómo solicitar una decisión de cobertura*).
- Si su doctor nos dice que su salud lo requiere, le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días calendario** posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o medicamento no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su doctor para obtener más información.



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

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviamos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.



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

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dice si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medicare**, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le brinda información al respecto. También incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una Apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*) para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la Organización de Revisión Independiente y Medicare supervisa su trabajo.



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

- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la Organización de Revisión Independiente dice Sí a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **dentro de las 72 horas o**
 - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar o**
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.



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

- Si la Organización de Revisión Independiente dice **Sí** a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
- Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.
- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J (Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2)** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Hay dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentando una queja o Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia del Estado.

(1) Revisión médica independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (IMR) del Centro de ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC). Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No paga costos por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:



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

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento de Medi-Cal experimental o de investigación para una condición médica grave.
- No pagará los servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió.
- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados.

Tiene derecho tanto a una IMR como a una audiencia ante el estado, pero no si ya tuvo una audiencia ante el estado sobre el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 161 para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud o si tiene un dolor intenso, puede informarlo inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como que tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o no recibió una notificación adecuada de parte nuestra sobre el proceso de IMR.

Para solicitar una IMR:

- Complete el formulario de solicitud/queja de revisión médica independiente disponible en: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o llame al Centro de ayuda de DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de ayuda no puede devolver ningún documento.



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

- Complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o al llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o fax sus formularios y cualquier archivo adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Si reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 7 días calendario informándole que reúne los requisitos para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 2 días calendario informándole que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los 3 días calendario. Debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una audiencia ante el estado.

Una IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de parte suya o del médico tratante. Si está usando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus registros médicos de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para la IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia ante el estado

Puede solicitar una audiencia ante el estado para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una audiencia ante el estado.



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

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia ante el estado** después de que se le envíe por correo el aviso “Sus derechos de audiencia”.

NOTA: Si solicita una audiencia ante el estado porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia ante el estado está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 165 para más información.

Hay dos formas de solicitar una audiencia ante el estado:

1. Puede completar la “Solicitud de audiencia ante el estado” en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada por la que desea una audiencia. Luego, podrá enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias ante el Estado al número de fax 916-651-5210 o 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia ante el estado por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La oficina de Audiencias imparciales le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias imparciales dice que **Sí** a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la oficina de Audiencias imparciales dice que **No** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencias imparciales es **No** para toda o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.



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

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una cantidad mínima determinada. Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. **La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias imparciales describe la próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. **Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.**

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*. Allí se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos pide para el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago por el servicio o artículo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en **la Sección F3** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*).

Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:



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

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el cuidado médico que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de salud dentro de los 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es que **No** y **Medi-Cal** generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. No presentamos automáticamente una Apelación de Nivel 2 por usted. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos Medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.** Utilizaremos el término “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D” en todas las ocasiones.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:



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

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o
 - Descartemos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación a modo de orientación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| | | | |
|--|--|--|---|
| Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos. | Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita. | Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya compró y pagó. | Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea. |
| Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). | Puede solicitarnos una decisión de cobertura. | Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra postura). |



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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 (<i>Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</i>). | Consulte la Sección G4 (<i>Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</i>). | Consulte la Sección G4 (<i>Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</i>). | Consulte la Sección G5 (<i>Cómo hacer una apelación de nivel 1</i>). |
|---|---|---|---|

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción del formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto a veces se denomina “autorización previa”.
 - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.



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

- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.

G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe informarnos las razones médicas.

Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos responder que Sí o que No a su solicitud.

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** (*Cómo hacer una apelación de nivel 1*) para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **no**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-877-273-IEHP (4347), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o cualquier otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** (*Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones*) para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.



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

- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.
- Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede enviarnos por fax o correo la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar el estado de cuenta por fax o correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:
- Es por un medicamento que no consiguió. No puede conseguir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta que lo indique.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
- Le enviaremos una carta que lo indique. En la carta también se le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*).

Plazos para una decisión de cobertura rápida



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

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una apelación de Nivel 2*) para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.



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

G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación estándar o rápida llamando al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** (*Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción*) para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1



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

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una apelación de nivel 2*) para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
- Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una apelación de nivel 2*) para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:
- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.



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

- Si no le comunicamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6 (Cómo hacer una apelación de nivel 2)** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con la Organización de **Revisión Independiente por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4 (Cómo hacer una apelación de nivel 2)** para obtener más información sobre la Organización de revisión independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2



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

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su Apelación de Nivel 2, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le enviará una carta donde se le indicará el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elegirá si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.



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

- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decidirá si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consultará la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección se le indica cómo solicitarlo.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como el personal de enfermería o un asistente social, le entregará un aviso por escrito llamado “**Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**”. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar 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.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:



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

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que reciba el alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página
- 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.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad es la Organización para la mejora de la calidad (QIO) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). Llámelos al 1-877-588-1123.



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

La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”, y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es probable que deba pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad acerca de su apelación, apele directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** (*Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción*) para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.
- Debido a que las estancias en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de Calidad no escucha su solicitud de continuar con su estancia en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 164 para obtener más información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.



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

- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá otro aviso que explica por qué su médico, el hospital, y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es **“Aviso detallado de alta”**. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página o 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). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

Antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará su respuesta a su apelación.

Si las Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad dicen que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice que **No** a su apelación:

- Crean que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado terminarán al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.

H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar



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

esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión de Calidad le dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra cuota de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión de Calidad dice que **No** a su apelación:

- Aceptan la decisión de ellos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su estadía en el hospital. Consulte la sección E4 en la página 157 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para una Apelación de Nivel 1 es dentro de los 60 días o no más tarde de la fecha de alta hospitalaria planificada. Si no cumple con la fecha límite de Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación alterna”.

Comuníquese con Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.



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

- Analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada si continúa en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2

Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de haber dicho que **No** a su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.

Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener más información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.



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

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su estadía en el hospital. Consulte la sección F4 en la página 164 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de cuidado de salud domiciliaria
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.



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

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado de salud. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado de salud y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener más información sobre cómo presentar quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** (*Cómo hacer una apelación de nivel 1*) o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de Calidad si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.



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

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4** (*Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1*).
- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad no escucha su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja ante y solicite al Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la sección F4 en la página 164 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página o 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. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

- Los revisores le informan su decisión antes de transcurrido un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:



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

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado de salud en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de este cuidado de salud si decide continuar con los servicios de cuidado de salud domiciliario, cuidado en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa el cuidado de salud después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Daremos cobertura para el cuidado de salud durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Consulte la sección F4 en la página 164 para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica



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

independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de ella.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

I4. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*), debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su Apelación de nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede usar un proceso de “Apelación alterna”.

Comuníquese con Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Aceptaremos que necesita los servicios por más tiempo.
- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Acordaremos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finalizará en la fecha que le indiquemos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Usted pagará el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que terminaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.



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

15. Cómo hacer una Apelación alterna de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de rechazar su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.

Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Consulte la sección F4 en la página 164 para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.



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

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
- Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.



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

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias imparciales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.
- Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.



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

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no termine.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de los cuidados de salud, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
|------------------------------|---|
| Calidad de su cuidado médico | <ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la calidad de los cuidados de salud, como el cuidado que recibió en el hospital. |



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

| Queja | Ejemplo |
|--|---|
| Respeto por su privacidad | <ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted. |
| Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos | <ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor o personal de cuidado de salud fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo expulsado de nuestro plan. |
| Accesibilidad y asistencia lingüística | <ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es el inglés (como el lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita. |
| Tiempos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado. |
| Limpieza | <ul style="list-style-type: none"> • Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no está limpio. |
| Información que obtiene de nosotros | <ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender. |



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

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| <p>Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo. |

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna es presentada y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los siete días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

El término legal para una “queja” es un “**reclamo**”.

El término legal para “realizar una queja” es “**presentar un reclamo**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede usar nuestro “Formulario de quejas y apelaciones para miembros” que está disponible en nuestro sitio web en www.iehp.org. Todos nuestros proveedores tienen el formulario, o bien, podemos enviarle uno por correo. También puede presentar una queja formal en línea. Puede entregar un formulario llenado a cualquier proveedor de IEHP DualChoice o enviárnoslo a nosotros a la dirección que se indica a continuación:



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

IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- Para obtener una descripción detallada de nuestro proceso, incluidos los plazos, visite nuestro sitio web en www.iehp.org o comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No es necesario presentar una queja con IEHP DualChoice antes de presentar una queja con Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.



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

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Ombudsman de Cuidado Administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Puede presentar una queja con el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja que involucre un problema urgente o una que involucre una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Aquí le mostramos dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden usar el número TTY gratuito, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Usted también puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Usted puede contactarse con la Sección de Derechos de la Discapacidad,



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

División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de los EE. UU. al 1-800-514-0301 (TTY: 1-800-514-0383).

Organización para el Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de los cuidados de salud, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de los cuidados de salud directamente a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar el cuidado de salud brindado a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte la **Sección H2** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*) o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Organización para la mejora de la calidad (QIO) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). El número de teléfono es 1-877-588-1123.



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

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que cancele nuestro plan. Si cancela nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|--|-----|
| A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan..... | 202 |
| B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan..... | 203 |
| C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal | 203 |
| C1. Sus servicios de Medicare..... | 203 |
| C2. <i>Sus servicios de Medi-Cal</i> | 206 |
| D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan | 206 |
| E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan | 206 |
| F. Reglas relacionadas con solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo de salud.... | 208 |
| G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan..... | 208 |



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

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Dado que usted tiene Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El Período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage, que va del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- Su elegibilidad para Medi-Cal o para recibir Ayuda adicional cambió, o
- Si actualmente está recibiendo cuidados en, o acaba de mudarse hacia o fuera, de un hogar para personas de la tercera edad o de un hospital de cuidado a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del próximo mes (en este ejemplo, 1 de febrero).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la **Sección C1**, *Sus servicios de Medicare*.
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**, *Su servicios de Medi-Cal*.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

- Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página.



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

- 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.
- Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Opciones de cuidado de salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Ombudsman de cuidados administrados de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o por correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su Manual para Miembros para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Tienes las siguientes opciones si quieres cancelar nuestro plan:

- 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 (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la página 204 de la tabla encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
- Llame a Opciones de cuidado de salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La Sección C a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene varias opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

A continuación, se enumeran tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



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

| | |
|--|---|
| <p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare <i>incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Por consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda u obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. <i>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</i></p> |
| <p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original 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 u obtener más información:</p> |



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

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos de receta de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
| <p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original 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 indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de receta si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y consejería</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 u obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando</p> |



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

| | |
|--|--|
| <p>sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p> | <p>comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p> |
|--|--|

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800 -430-7077. Pregunte de qué manera afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si cancela nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos de receta y cuidado de salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en IEHP DualChoice, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es solo para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Si pierde su derecho a Medi-Cal y se encuentra dentro del periodo de 3 meses en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente.



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

Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

- Si se cambia de casa fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - » Si se cambia de casa o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos de receta.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra ilegalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal pero puede esperar razonablemente recuperar su elegibilidad dentro de un periodo de 3 meses, entonces aún es elegible para nuestro plan, esto se denomina elegibilidad continua. Si al final de los 3 meses considerados de elegibilidad continua, aún no es elegible para Medi-Cal, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Podemos hacer que cancele nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y nos hace difícil brindarle cuidados médicos a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan para obtener cuidados médicos. (Medicare puede solicitarle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).



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

F. Reglas relacionadas con solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo de salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que cancele nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones de cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



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

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de contenidos

| | |
|---|-----|
| A. Aviso sobre la legislación | 210 |
| B. Aviso sobre la no discriminación | 210 |
| C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso | 211 |



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

A. Aviso sobre la legislación

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en el *Manual para Miembros*. Las principales leyes que se aplican a los programas de Medicare y Medi-Cal son las leyes federales y estatales. También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

Cada empresa o agencia que trabaja con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No discriminamos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su edad, reclamos anteriores, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes Federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estado unidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciban financiamiento Federal, y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx



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

Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

Inland Empire Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
10801 Sixth Street, Suite 120
Rancho Cucamonga, CA
91730

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios para el cuidado de salud o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, otra entidad debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud para los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos claves utilizados en su *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL) (Activities of daily living): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management): Un grupo especializado de servicio o grupo de servicios prestados por proveedores de cuidado de salud, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal (Medicare-Medi-Cal enrollee): Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un miembro de Medicare-Medi-Cal también se denomina “individuo dualmente elegible”.

Apelación (Appeal): Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Área de servicio (Service area): Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan a qué doctores y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener nuestro plan.

Asociación de Médicos Independientes (IPA) (Independent Physicians Association): Un grupo médico o IPA es un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los Miembros de IEHP. Su proveedor de cuidado primario, junto con el grupo médico o IPA, proporciona su atención médica.

Audiencia ante el estado (State Hearing): Si su doctor u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia ante el estado. Si la audiencia ante el estado se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (Prior authorization): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.



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

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su Manual para Miembros.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Auxiliar de salud en el hogar (Home health aide): Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recomendados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda adicional (Extra Help): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cancelación de inscripción (Disenrollment): El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory surgical center): Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

Centro de enfermería especializada (SNF) (Skilled nursing facility): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (Centers for Medicare & Medicaid Services): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coordinador de cuidado de salud (Care coordinator): La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba los cuidados que necesita.

Copago (Copay): Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios o medicamentos con receta. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

Costo compartido (Cost sharing): Montos que tiene que pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos con receta. Los costos compartidos incluyen copagos.

Cuidado de emergencia (Emergency care): Servicios cubiertos brindados por un proveedor entrenado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado de urgencia (Urgent care): Cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita cuidado inmediato. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede comunicarse con ellos.

Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF) (Skilled nursing facility care): Servicios de rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar personal de enfermería registrado o un doctor.

Cuota diaria de costo compartido (Daily cost sharing rate): Una cuota que puede aplicarse cuando su doctor le receta un suministro de ciertos medicamentos por menos de un mes completo y por el que usted está obligado a pagar un copago. Una cuota diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes.

Aquí hay un ejemplo: Supongamos que el copago por su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es de menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es de menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de menos de \$0.35.

Cuota compartido (Share of cost): La parte de sus costos de cuidado de salud que es posible que tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios adquieran vigencia. El monto de su cuota mensual varía según sus ingresos y recursos.

Decisión de cobertura (Coverage decision): Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) (Department of Managed Health Care): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) (Department of Health Care Services): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).



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

Determinación de la organización (Organization determination): Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de su Manual para Miembros se explican las decisiones de cobertura.

Emergencia (Emergency): Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de su hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Entrenamiento en competencia cultural (Cultural competence training): Entrenamiento que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT o Equipo de cuidado) (Interdisciplinary Care Team [ICT or Care team]): Un equipo para el cuidado de salud puede incluir doctores, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener los cuidados que necesita. Su equipo para el cuidado de salud también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (DME) (Durable medical equipment): Ciertos artículos que ordena su doctor para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Equipo para el cuidado de salud (Care team): Consulte “Equipo para el cuidado de salud interdisciplinario”.

Especialista (Specialist): Un doctor que brinda cuidados de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Evaluación de riesgos de salud (Health risk assessment): Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción (Exception): Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inadecuada (Improper/inappropriate billing): Una situación en la que un proveedor (como un doctor u hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red (Network Pharmacy): Una farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las surta en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada (Specialized Pharmacy): Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red (Out-of-network Pharmacy): Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos directos de su bolsillo (Out-of-pocket costs): El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de gasto “directo de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” anterior.

Hogar para adultos mayores o centro de enfermería (Nursing home or facility): Un lugar que brinda cuidado de salud a las personas que no pueden recibir cuidados en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio (Hospice): Un programa de cuidado de salud y respaldo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo especialmente entrenado de profesionales y cuidadores brinda cuidados de salud a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI) (Personal health information [also called Protected health information]): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al doctor e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Límites de cantidad (Quantity limits): Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) (List of Covered Drugs [Drug List]): Una lista de medicamentos recetados y de venta sin receta médica (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de doctores y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de Medicamentos a veces se denomina “formulario”.



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

Manual para Miembros y divulgación de información (Member Handbook and Disclosure Information): Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o anexos, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidados de salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Médicamente necesario (Medically necessary): Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca (Brand name drug): Medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico (Generic drug): Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos (Covered drugs): El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta médica (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare (Medicare Part D drugs): Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D (Part D drugs): Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta sin receta médica (OTC) (Over-the-counter drugs): Los medicamentos de venta sin receta médica son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional en cuidado de salud.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) (Member [member of our plan, or plan Member]): Una persona inscrita en Medicare y Medi-Cal que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Niveles de medicamentos (Drug tiers): Grupos de medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, o de venta sin receta médica (OTC) son ejemplos de nivel de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de Medicamentos está en uno de los 1 nivel.

Ombudsman: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual para Miembros*.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) (Quality Improvement Organization): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad de los cuidados de salud para las personas afiliadas a Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar los cuidados de salud brindados a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare) (Original Medicare [traditional Medicare or fee-for-service Medicare]): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos por el pago de los montos que determina el Congreso a los doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud.

- Puede acudir a cualquier doctores, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.



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

Paciente hospitalizado (Inpatient): Un término utilizado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

Parte A de Medicare (Medicare Part A): El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, cuidado de salud domiciliario y cuidados de hospicio médicamente necesarios.

Parte A (Part A): Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare (Medicare Part B): El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al doctor) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B (Part B): Consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare (Medicare Part C): El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que las compañías de seguros de salud privadas brinden beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte C (Part C): Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare (Medicare Part D): El programa de beneficios de medicamentos de receta de Medicare. A este programa lo denominamos “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medi-Cal. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D (Part D): Consulte la “Parte D de Medicare”.

Plan de cuidado (Care plan): Consulte “Plan de cuidados individualizado”.

Plan de cuidados individualizado (ICP) (Individualized Care Plan [ICP or Care Plan]): Un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) (Dual eligible special needs plan): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud (Health plan): Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidado de salud para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para brindarle el cuidado de salud que necesita.

Planes de Medi-Cal (Medi-Cal Plans): Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y respaldos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) (Health Insurance Counseling and Advocacy Program): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con HICAP.

Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE) (Program for All-Inclusive Care for the Elderly Plans): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidados para vivir en su hogar.

Programa de envío por correo (Mail Order Program): Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos de receta cubiertos enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma con regularidad.

Prótesis y Ortóticos (Prosthetics and Orthotics): Dispositivos médicos ordenados por su doctor u otro proveedor de cuidado de salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP) (Primary Care Provider): El doctor u otro proveedor que utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba los cuidados de salud que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y darle a usted un referido para ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo obtener cuidados de los proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red (Network provider): “Proveedor” es el término general que usamos para doctores, personal de enfermería, y otras personas que le brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios para el cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de cuidado de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.



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

- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red (Out-of-network provider or Out-of-network facility): Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad de, ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja (Complaint): Una declaración escrita u oral en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o los cuidados de salud cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado de salud, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Queja formal (Grievance): Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado de salud o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Referencia (Referral): Una referencia es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*.

Revisión médica independiente (IMR) (Independent Medical Review): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los medicamentos y suministros de DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de doctores que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es favorable para usted, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Salud del comportamiento (Behavioral Health): Término que incluye todo y que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (Supplemental Security Income): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. SSI proporciona automáticamente cobertura de Medi-Cal.

Servicios para Miembros (Member Services): Un departamento en nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios confidenciales (Sensitive services): Servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de

transmisión sexual (STI), VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, cuidado de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Servicios cubiertos por Medicare (Medicare-covered services): Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la parte B de Medicare.

Servicios cubiertos (Covered services): El término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación (Rehabilitation services): Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios Opcionales para el Plan de Cuidado (Servicios CPO) (Care Plan Optional Services [CPO Services]): Servicios adicionales que son opcionales bajo su Plan de cuidados individualizado (ICP). Estos servicios no tienen el propósito de reemplazar los servicios y respaldos a largo plazo que está autorizado a recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) (Community-Based Adult Services): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) (Long-Term Services and Supports): Los servicios y respaldos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que acudir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS) (Low-Income Subsidy): Consulte “Ayuda adicional”.

Terapia escalonada (Step therapy): Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.



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



DualChoice

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE

Llame al: 1-877-273-IEHP (4347)
Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice cuentan además con servicios gratuitos de un intérprete de idiomas, disponibles para quienes no hablan inglés.

TTY: 1-800-718-4347
Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para quienes tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Fax: (909) 890-5877

Escriba a: IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Correo electrónico: memberservices@iehp.org

Sitio web: www.iehp.org

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y DEFENSORÍA SOBRE EL SEGURO MÉDICO (HICAP) DE CALIFORNIA

El Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento sobre el seguro médico gratuito a los beneficiarios de Medicare.

Llame al: (909) 256-8369

Escriba a: 9121 Haven Ave., Suite 220 | Rancho Cucamonga, CA 91739

Sitio web: <https://cahealthadvocates.org/hicap>