



2026

MANUAL PARA

MIEMBROS

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan



1-877-273-IEHP (4347)
1-800-718-4347 TTY

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

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Su Cobertura de Salud y Medicamentos con IEHP DualChoice

Introducción del *Manual para Miembros*

Este *Manual para Miembros*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual para Miembros* dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa IEHP DualChoice.

Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino y vietnamita.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando a Servicios para Miembros 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.

Si desea solicitar materiales en idiomas distintos al inglés, o en algún formato alternativo, o si necesita hacer cambios a una solicitud, por favor 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. IEHP DualChoice mantendrá su información como solicitud permanente en el futuro para la correspondencia y comunicaciones, de modo que usted no necesite hacer una nueva solicitud cada vez.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma, ayuda y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (Vencimiento: 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل على الرقم 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-877-273-IEHP (4347) հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ
ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-273-IEHP (4347)

(TTY: 1-800-718-4347) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਹਿੰਦੀ (Hindi)

ਧਿਆਨ ਦੇਂ: ਅਗਰ ਆਪਕੇ ਅਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਮੋਂ ਸਹਾਯਤਾ ਕੀ ਆਵਸ਼ਕਤਾ ਹੈ ਤਾਂ

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਅਖ਼ਕਤਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਗਾਂ ਕੇ ਲਿਏ ਸਹਾਯਤਾ ਔਰ ਸੇਵਾਏਂ, ਜੈਂਸੇ ਬ੍ਰੇਲ ਔਰ ਬੱਡੇ
ਪ੍ਰਿੰਟ ਮੋਂ ਮੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਉਪਲਬਧ ਹੈਂ। 1-877-273-IEHP (4347)

(TTY: 1-800-718-4347) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਯੇ ਸੇਵਾਏਂ ਨਿ:ਸ਼ੁਲਕ ਹੈਂ।

Lus Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puav leej muaj
cov khoom pab thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab,
xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau
1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab
cuam no yog pab dawb xwb.

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, visite www.iehp.org



日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의 사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ທ້າທ່ານຕົ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃໝ່ເທິ່ງເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການປໍ ລົງການສໍາລັບຄົນຜົການ ເຊັ່ນ: ໭ອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແວມີໂຕຜົມ. ໃຫຍ່ ໃຫ້ເທິ່ງເບີ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). ການປໍລົງການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຈໆຈ່າຍໄດ້.

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Mien

CAU FIM JANGX LONGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh tengx faan benx meih haih gorngv haaix fingx waac wuov, mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mv daan mbuoqc naaiv oc ninh mbuo corc haih tengx da'nyeic deix gong bun taux waaic fangx nyei mienh beiv taux zoux benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux zoux benx domh zeiv bun longc. Daaix luic mborqv finx lorz taux 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv ndortv nyaanh cingv oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើមួយ ត្រូវ ការជំនួយ ជាកាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ដនពិការ ផ្តល់ជាងកសារសរស់ដោអក្សរជុស សម្រាប់ដនពិការត្រូវ បូឌកសារសរស់ដោអក្សរពុម្ពចំក័តាបរកបានដឹងដឹរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគឺជាអ្វីយ។

فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.



Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия ТTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с инвалидностью, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-IEHP (4347) (линия ТTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyo ito.

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Люди з інвалідністю також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Otros idiomas

Puede obtener este *Manual para Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) proporciona traducciones escritas por traductores calificados. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 1-800-718-4347 o 711). La llamada es gratuita. Lea este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística para la atención médica, tales como los servicios de traducción e interpretación.

Otros formatos

Puede obtener esta información puntualmente en otros formatos como braille, letra grande de 20 puntos, formato audio y formatos electrónicos accesibles (datos por CD) sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 1-800-718-4347 o 711). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

IEHP DualChoice proporciona servicios de interpretación oral, incluido el lenguaje de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo alguno para usted. No es necesario que un pariente o amigo le hagan de intérprete. No recomendamos que un menor le haga de intérprete a menos que se trate de una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales son gratuitos. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para recibir este manual en otro idioma, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY 1-800-718-4347 o al 711). La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro.....	9
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	23
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos	48
Capítulo 4: Tabla de Beneficios	72
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio	137
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal	157
Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por medicamentos o servicios cubiertos	174
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	181
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	196
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	244
Capítulo 11: Avisos legales	253
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	257

Descargos de responsabilidad

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO que tiene 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 que cumple con los requisitos y que lleva por nombre “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Los beneficios y los copagos podrían cambiar a partir del 1 de enero de 2027.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias y/o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con un mínimo de 30 días de anticipación.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org 9



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

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

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	12
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal.....	12
C. Ventajas de nuestro plan.....	13
D. Área de servicio de nuestro plan	14
E. Qué hace que sea elegible para ser miembro del plan	14
F. Qué cabe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	14
G. Su equipo para el cuidado de salud y el plan de cuidado	16
G1. Equipo para el cuidado de salud	16
G2. Plan de cuidado	16
H. Resumen de los costos importantes.....	16
H1. Prima del plan	17
H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare	17
H3. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	17
I. Manual para Miembros de IEHP.....	Error! Bookmark not defined.
J. Otra información importante que recibe de nosotros	18
J1. Su Tarjeta de Identificación para Miembros	18
J2. Directorio de Proveedores y Farmacias	19

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



J3. Lista de Medicamentos Cubiertos	20
J4. La Explicación de Beneficios.....	20
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	21
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	22

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 apoyo 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 que le ayudan 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 un contrato con una red de más de 1,400 proveedores de atención primaria (PCP), más de 2,500 especialistas, 339 proveedores de atención de la vista, 36 hospitales y más de 5,300 farmacias en California para que pueda obtener la atención que necesita. Obtenga más información sobre sus beneficios en el Capítulo 4: Tabla 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 mayores de 65 años
- 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 apoyo 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.

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

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



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. **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 para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podemos ayudarle con la **mayoría de** sus necesidades de cuidado de salud.
- Tiene un equipo para el cuidado de salud que usted ayuda a constituir. Su equipo para el cuidado de salud puede incluirle a usted, su cuidador, médicos, personal de enfermería, terapeutas u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidado de salud. Esta es una persona que colabora con usted, nuestro plan y con su equipo para el cuidado de salud a fin de ayudarle a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propia atención 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 atención diseñado con el fin de 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 médicos saben 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 sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: Por lo general, le inscribirán en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente, después de haber solicitado la 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.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org 13



Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. Su cobertura de Medi-Cal no sufrirá interrupciones. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que figura a pie de página.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todos los códigos postales correspondientes a 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 cambia fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Miembros* a fin de obtener más información sobre las repercusiones de cambiarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué hace que sea 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**
- Sea mayor de 21 años en el momento de la inscripción, **y**
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- Sea ciudadano de los EE.UU. o esté legalmente en los EE.UU., **y**
- Sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, pero cabe de esperar que pueda recuperarla dentro de 3 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, tiene que cumplimentar una evaluación de riesgos de salud (*Health Risk Assessment, HRA*) en un plazo de 90 días antes o después de entrar en vigor la fecha de inscripción.

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, de salud del comportamiento y sus necesidades funcionales.

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

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir conservando a los médicos con los que se atiende ahora durante un tiempo determinado, incluso si no pertenecen a nuestra red. A esto lo denominamos continuación de cuidados. Si no pertenecen a nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el momento de la inscripción hasta un máximo de 12 meses siempre y cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir atendiéndose con 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 proporciona.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápido y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta solicitud llamando al 1-877-273-IEHP (4347). Si su salud está en peligro, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Nota: Puede dirigir esta solicitud a los proveedores de equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*) como mínimo 90 días antes de que autoricemos el nuevo alquiler de un DME y un proveedor de la red lo entregue. Aunque no puede dirigir esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede dirigir una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez concluido el período de continuidad de su cuidado de salud, usted deberá recibir los servicios médicos y de otros proveedores de la red de IEHP DualChoice afiliados al grupo médico de su proveedor de cuidado primario, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que como afiliado colabora con el plan de salud. Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados a grupos médicos o Asociaciones de Médicos Independientes (*Independent Physicians Associations, 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 a especialistas o recibir servicios médicos como análisis de laboratorio, radiografías y/o



admisiones en el hospital. En algunos casos, IEHP es su grupo médico o IPA. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo recibir cuidados.

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

G1. Equipo para el cuidado de salud

Un equipo para el cuidado de salud puede ayudarle a seguir recibiendo la atención 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 ayudarle a administrar el cuidado que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan se le asigna un coordinador de cuidado de salud. Esta persona también lo referirá a otros recursos de la comunidad que nuestro plan puede no proporcionar y colaborará con su equipo para el cuidado de salud a fin de ayudarle a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran a pie de 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 le 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 y metas de cuidado personal
- Sus preferencias de cuidado de la salud personales
- Intervenciones específicamente diseñadas para sus necesidades
- El papel de su cuidador
- Sus objetivos de cuidado de salud, **y**
- 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 (HRA). Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que quizás deseé considerar obtener. Su plan de cuidado se basa 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. Resumen de los costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- Prima del plan (**Sección H1**)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Importe del Plan de Pagos de Medicamentos de Medicare (**Sección H3**)

En algunos casos, la cantidad de la prima de su plan podría disminuir.

H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual de IEHP DualChoice es de \$0.00-\$12.00. Al calificar para la “Ayuda Adicional”, también conocida como la prima base de la Parte D 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.

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la **Sección E** anterior para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal, así como tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de IEHP DualChoice, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare (si no califica para la misma automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medi-Cal no está pagando sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B de Medicare. También puede pagar una prima por la Parte A de Medicare si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención médica para informarles de este cambio.**

H3. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por las recetas que reciba, más el saldo de su mes anterior, dividido por el número de meses que le quedan en el año.

El **Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes** describe con más detalle en qué consiste el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este Manual para Miembros

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org 17



Este *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 este *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 figuran a pie de página. También puede consultar el *Manual para Miembros* en la página web de la dirección del sitio web que figura a pie de página.

El contrato está vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

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*, también conocida como *Lista de Medicamentos*.

J1. Su Tarjeta de Identificación para Miembros

Bajo nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos Servicios y Apoyo a Largo Plazo (*Long-Term Services and Supports*, LTSS), ciertos servicios de salud del comportamiento y recetas médicas. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta médica. Aquí hay una muestra de la Tarjeta de Identificación para Miembros:



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

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni tampoco su tarjeta de Medi-Cal para recibir la mayoría de los servicios. 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. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita recibir servicios hospitalarios, servicios de hospicio o bien participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* a fin de saber qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Servicios dentales de Medi-Cal
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare
- Medicamentos de venta libre y ciertas vitaminas cubiertos por Medi-Cal Rx
- Servicios de Apoyo en el Hogar
- Servicios de Salud del Comportamiento del condado no cubiertos por nuestro Plan

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* figuran 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* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de Proveedores y Farmacias* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en la dirección web que figura a pie de página.

Este Directorio incluye una lista de los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras con práctica médica y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas), y proveedores de apoyo (como Servicios para Adultos Basados en la Comunidad [*Community-Based Adult Services, CBAS*]) que usted puede consultar como miembro de IEHP DualChoice. También incluimos las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos recetados. Cuando los miembros hagan una búsqueda en el Directorio de Proveedores, deben filtrar el contenido solo para la línea de negocio de D-SNP.



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 (DME) y otros servicios que proporcionan beneficios y prestaciones 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 le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros 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

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Le informa sobre qué medicamentos con receta cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos de IEHP DualChoice*.

La Lista de Medicamentos también le informa de si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que pueda recibir. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* a fin de obtener más información sobre cómo recibir más información.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero podrían darse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que figura a pie de página.

J4. La Explicación de Beneficios

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para que lo comprenda mejor y poder mantenerse al corriente de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*.

La EOB le informa sobre la cantidad total que usted u otros en su nombre, gastaron en el surtido de medicamentos de la Parte D de Medicare y el importe total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, tales como los aumentos de precios y otros medicamentos con menos costos compartidos que pueda haber disponibles. Puede hablar con el profesional que le receta medicamentos sobre estas opciones de menor costo. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* se brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a mantenerse al corriente de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de 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 los datos que constan en nuestros registros son los correctos. Los médicos, hospitales, farmacias, y otros proveedores de la red de nuestro plan consultan el registro de miembros para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus cantidades de costo compartido. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Notifíquenos de inmediato lo siguiente:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como el de su empleador, el empleador de su cónyuge, el empleador de su pareja, o del seguro de accidentes laborales
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente de automóvil
- Ingreso en un hogar para adultos mayores o en un hospital
- Cuidado de salud recibido en un hospital o una sala de emergencias
- Cambio de su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); y
- Si participa en un estudio de investigación clínica (o ensayo clínico) (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org 21



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 <https://members.iehp.org/App/Account/Login> donde podrá:

- Cambiar de médico
- 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 médicas
- Ver el historial de reclamos y las autorizaciones
- Ver otros mensajes de IEHP

También puede descargar la aplicación de IEHP Smart Care 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 (*Personal Health Information, 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 este *Manual para Miembros*.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede consultar 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 clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Servicios para Miembros	25
B. Su coordinador de cuidado de salud.....	28
C. Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP)	30
D. Línea de Consejos de Enfermería	31
E. Línea de crisis de salud del comportamiento	32
F. Organización para Mejora de la Calidad (QIO):	33
G. Medicare	34
H. Medi-Cal	36
I. La oficina del Defensor de la atención administrada y salud mental de Medi-Cal	37
J. Servicios sociales del condado	38
K. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado.....	40
L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California	411
M. Programas de ayuda para el pago de medicamentos	42
M1. Ayuda Adicional de Medicare.....	42
M2. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	42
N. Seguro Social	44
O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	45
P. Otros recursos	46
Q. Programa Dental de Medi-Cal	47

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-877-273-IEHP (4347). Esta llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Contamos con un servicio gratuito de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-718-4347. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.
FAX	(909) 890-5877
ESCRIBA A	IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@iehp.org
SITIO WEB	www.iehp.org

Comuníquese con Servicios para Miembros 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 acerca de:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - La cantidad que pagamos por sus servicios de salud
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su cuidado de salud.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *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 este *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre su cuidado de salud
 - Puede presentar una queja acerca de 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 Mejora de la Calidad (consulte la **Sección F Organización para Mejora de la Calidad (Q/O)**).
 - Usted puede explicar su queja llamándonos 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/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.
 - Si su queja es acerca de 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 llenar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Usted puede presentar una queja acerca de nuestro plan ante el Programa Ombudsman de Medicare llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión acerca de lo siguiente:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos ○
 - El importe que pagamos por sus medicamentos.

- Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta sin receta médica (*Over-The-Counter, OTC*) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de atención al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja acerca de nosotros o cualquier farmacia. Incluida cualquier queja sobre medicamentos.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede llenar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- Pago de cuidados de salud o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos por un pago o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *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 este *Manual para Miembros*.

B. Su coordinador de cuidado de salud

Un coordinador de atención médica es un miembro del personal de IEHP DualChoice que le han asignado para que colabore 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	1-877-273-IEHP. La llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Contamos con un servicio gratuito de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-718-4347. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.
FAX	(909) 890-5877
ESCRIBA A	IEHP DualChoice Attention: Member Services P.O. Box 1800 Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
CORREO ELECTRÓNICO	MemberService@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 los beneficios dentales
- Preguntas sobre el transporte a citas médicas
- Preguntas sobre los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) incluidos los Servicios para Adultos Proporcionados en la Comunidad (*Community-Based Adult Services, CBAS*) y Centros de Enfermería (*Nursing Facilities, NF*).
- Preguntas sobre recursos comunitarios disponibles

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS)
- Cuidados de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de Apoyo en el Hogar, a través de la agencia de servicio social de su condado
- A veces, puede recibir ayuda con sus necesidades cotidianas y atención médica diaria



C. Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver su problema. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

HICAP es un programa estatal independiente (no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local sobre seguros de salud gratuitos a las personas que tienen Medicare.

LLAME AL	(909) 256-8369, de 9am a 4pm, de lunes a viernes
ESCRIBA A	2280 Market Street, Suite 140 Riverside, CA 92501
SITIO WEB	https://www.coasc.org/programs/hicap/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarle a:
 - Comprender sus derechos
 - Comprender sus opciones de planes
 - Responder preguntas sobre cambios a otros planes
 - Presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, y
 - Brindar ayuda con problemas de facturación o reclamos



D. Línea de Consejos de Enfermería

Si no puede comunicarse con su médico, llame a la Línea de Consejos de Enfermería de 24 Horas de IEHP para pedir más ayuda. Recibirá asesoramiento médico las 24 horas del día, incluso los días festivos. Si es necesario, una de nuestras enfermeras puede ponerle en contacto con un médico 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	1-888-244-IEHP (4347). La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana. Contamos con un servicio gratuito de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana.



E. Línea de crisis de salud del comportamiento

Los servicios de la línea sobre crisis de Salud del Comportamiento brindan apoyo inmediato a las personas que experimentan crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Cuando llame a los números que figuran a continuación, será transferido a un miembro capacitado del equipo de salud del comportamiento de IEHP que ofrece técnicas de desescalada, apoyo emocional y referencias a recursos como la línea 988 de prevención del suicidio y la línea para situaciones de crisis. Si llama después del cierre, comuníquese con nuestra Línea de Consejos de Enfermería o llame al 988.

LLAME AL	1-877-273-IEHP (4347). La llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es 8am-5pm (Hora del Pacífico), de lunes a viernes, excluyendo los días festivos. Contamos con un servicio gratuito de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-718-4347. La llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. Nuestro horario de atención es 8am-5pm (Hora del Pacífico), de lunes a viernes, excluyendo los días festivos.

Llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento:

- con tiene preguntas sobre los servicios de atención por abuso de sustancias y salud del comportamiento
- sobre cómo hablar con un miembro calificado del equipo que brinde apoyo a los miembros en una situación de crisis de salud mental

Si usted o alguien que conoce está pasando por una situación de crisis, comuníquese con la Línea de Prevención del Suicidio 988 y de la Línea de Crisis: Llame o mande un mensaje de texto al 988 o por chat en línea en 988lifeline.org/chat.

¿Qué es el 988? La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a las personas que atraviesan por una crisis emocional, de suicidio o de consumo de sustancias. Póngase en contacto con asesores de crisis capacitados, que le escucharán, le brindarán apoyo emocional y le pondrán en contacto con los recursos necesarios. Llame o envíe un mensaje de texto al 988 en cualquier momento.

¿Cuál es la diferencia entre el 988 y el 911? Marque al 988 para acceder a la red de Lifeline y al apoyo en caso de crisis. Es distinto del número de seguridad pública 911, que se centra en el envío de servicios médicos de urgencia, bomberos y policía en caso necesario.

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

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

F. Organización para Mejora de la Calidad (QIO):

Nuestro estado tiene una organización llamada *Commence Health BFCC-QIO*. Es un grupo compuesto por médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de los cuidados de salud que reciben los beneficiarios de Medicare. *Commence Health BFCC-QIO* es una organización independiente. No está afiliada a nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	711 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar usted tener un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/california

Comuníquese con *Commence Health BFCC-QIO* para obtener ayuda sobre:

- Preguntas acerca de sus derechos de cuidado de salud
- Cómo presentar una queja acerca del cuidado que recibió si:
 - Tiene un problema con la calidad del cuidado de salud, como por ejemplo recibir un medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico incorrecto
 - Piensa que su estadía en el hospital es demasiado breve, o
 - Cree que sus servicios de cuidado de salud domiciliados, cuidados en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*) son demasiado cortos.



G. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, 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. Esta agencia tiene un contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Medicare, PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido cuánto cuestan y qué servicios prestan. • Busque médicos u otros proveedores de cuidado de la salud que participen en el programa de Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga formularios e información sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad del cuidado brindado por los planes, centros de enfermería, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar/domiciliarias, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Encuentre sitios web y números de teléfono útiles. <p>Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://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 con bajos ingresos, incluidas familias con hijos, 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.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales, de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de su plan de cuidado. Si tiene preguntas sobre la inscripción a Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

LLAME AL	1-800-430-4263 De lunes-viernes, de 8am-6pm.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
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/

I. La oficina del Defensor de la atención administrada y salud mental de Medi-Cal

La Oficina del Defensor ayuda a resolver problemas desde un punto de vista imparcial para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicaamente necesarios. Escucharán, responderán a sus preguntas, analizarán su situación, explicarán sus políticas y procedimientos, brindarán información, asesoramiento y opciones, y sugerirán referencias apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a cuidados de salud. No están afiliados a nuestro plan ni a ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes-viernes, de 8am-5pm.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOMBUDSMANOFFICE@DHCS.CA.GOV
SITIO WEB	WWW.DHCS.CA.GOV/SERVICES/MH/PAGES/MH-OMBUDSMAN.ASPX

Si tiene preguntas, llame a 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. Para obtener más información, [visite www.iehp.org](http://WWW.IEHP.ORG)

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), comuníquese con el departamento de servicios sociales local de su condado.

Póngase en contacto con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar los Servicios de Apoyo en el Hogar, que le ayudarán a pagar por los servicios que le prestan para que usted pueda permanecer a salvo en su propio domicilio. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar las comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer compras o proporcionarle transporte.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado en caso de cualquier pregunta relacionada con su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAME AL

Condado de Riverside

1-888-960-4477

De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 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.

Condado de San Bernardino

1-877-800-4544

1-877-800-4544, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

TTY

Condado de Riverside

(888) 960-4477 (TTY 711)

De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

Condado de San Bernardino

(877) 800-4544 (TTY 711)

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.

Esta sección continúa en la página siguiente

ESCRIBA A	<p><u>Condado de Riverside</u> 11070 Magnolia Ave. Riverside, CA 92505</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> San Bernardino County IHSS 686 E. Mill Street San Bernardino, CA 92415</p>
CORREO ELECTRÓNICO	<p><u>Condado de Riverside</u> IHSSHOME@rivco.org</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> daasciu@hss.sbccounty.gov</p>
SITIO WEB	<p><u>Condado de Riverside</u> https://riversideihss.org</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> http://hss.sbccounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</p>



K. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado

Los servicios de salud mental especializados y los servicios de salud para trastornos por consumo de sustancias de Medi-Cal están disponibles si usted cumple con los criterios de acceso.

LLAME AL

Condado de Riverside

1-800-499-3008

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*. La llamada es gratuita.

Condado de San Bernardino

1-888-743-1478

Las 24 horas al día, los 7 días a la semana. La llamada es gratuita.

Contamos con un servicio gratuito de interpretación para personas que no hablan inglés.

TTY

Condado de Riverside/San Bernardino

Los usuarios de TTY deben llamar a los Servicios de Retransmisión de California al 711. La llamada es gratuita.

Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.

Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la agencia de salud conductual del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por el condado
- Preguntas sobre los servicios de atención para trastornos por consumo de sustancias proporcionados por el condado

L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (*California Department of Managed Health Care, DMHC*) 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 a.m. y las 6:00 p.m.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
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

M. Programas de ayuda para el pago de medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drugs-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, los cuales se describen a continuación.

M1. Ayuda Adicional de Medicare

Ya que usted es elegible para los servicios de Medi-Cal, tiene derecho a recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para sufragar los gastos de su plan de medicamentos. No tiene que hacer nada para recibir esta “Ayuda Adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 La llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de su cantidad de copago correcta. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener esta evidencia o desea compartirla, llame a Servicios para Miembros al número que figura a pie de página.
- Cuando obtengamos la evidencia que indica el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar la cantidad de copago correcta cuando reciba su próxima receta médica. Si usted paga en exceso por su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o por medio de un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe dinero, podemos emitir el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Para preguntas, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página.

M2. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo en el caso de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre) en forma de pagos mensuales (plazos). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de**

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Medicare y se mantiene en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción. La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al número que figura a pie de página o bien visite www.medicare.gov.



N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y se encarga de la inscripción a Medicare.

Si se muda de domicilio o cambia de dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.ssa.gov

O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (*Railroad Retirement Board, RRB*) es una agencia federal independiente que administra programas de prestaciones integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda de domicilio o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL

1-877-772-5772

Las llamadas a este número son gratuitas.

Oprima “0”, para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.

Si oprime “1”, podrá tener acceso a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.

TTY

1-312-751-4701

Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.

Las llamadas a este número no son gratuitas.

SITIO WEB

www.rrb.gov

P. Otros recursos

El Programa Medicare Medi-Cal Ombudsman ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan de salud
- El acceso a 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)

El Programa Medicare Medi-Cal Ombudsman le ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número telefónico del Programa Ombudsman es 1-855-501-3077.



Q. Programa Dental de Medi-Cal

Algunos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental, que incluyen, entre otros, los siguientes servicios:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- Restauraciones y coronas
- Terapia de conducto radicular (endodoncia)
- Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineamientos

Los beneficios dentales están disponibles a través de la Tarifa por Servicio (*Fee-for-Service, FFS*) de Medi-Cal Dental

LLAME AL	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas con problemas de escucha o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

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

Introducción

Este capítulo contiene 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 por parte de diferentes tipos de proveedores y en 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 ser propietario de un equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	Error! Bookmark not defined.
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	50
C. Su coordinador de cuidado de salud	52
C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud	52
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención	52
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	52
D. Atención de los proveedores	52
D1. Servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)	522
D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	57
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	57
D4. Proveedores fuera de la red.....	58
E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	58
F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) ..59	
F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan ..60	
G. Servicios de transporte.....	62
G1. Transporte médico que no es de emergencia	62
G2. Transporte no médico	63

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante una catástrofe	64
H1. Cuidado en una emergencia médica	64
H2. Atención necesaria de urgencia	66
H3. Servicios de atención durante una catástrofe.....	67
I. Qué ocurre si le facturan directamente por servicios cubiertos.....	67
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	67
J. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica	68
J1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	68
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	68
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica	69
K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa no médica de cuidado de salud	69
K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de salud	69
K2. Cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud	69
L. Equipo médico duradero (DME)	70
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	70
L2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare	70
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	70
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)	71

A. Información sobre servicios y proveedores



Los **servicios** son cuidado de salud, Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos con receta y de venta al público sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La información sobre el cuidado de salud, la salud del comportamiento y los LTSS cubiertos, se encuentra en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. La descripción de medicamentos con receta y de venta al público sin receta cubiertos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, personal de enfermería y otras personas que le prestan servicios y cuidado y que están autorizados por el estado. 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 apoyo 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, por lo general usted 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 la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

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

- Los servicios de cuidado que reciba deben estar incluidos en nuestra Tabla de Beneficios Médicos que figura en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Por médicalemente necesario, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar una afección o enfermedad. El cuidado médicalemente 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 recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que proporcione cuidados y supervise su estado de salud. Como miembro del plan, debe elegir como su PCP un proveedor de la red (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben autorizar primero la visita a un proveedor que no sea su PCP o bien atenderse con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.



- Los proveedores de atención primaria de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige un proveedor de atención primaria, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su proveedor atención primaria le referirá a especialistas y servicios que estén afiliados a su propio grupo médico. Un grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA) es un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los miembros de IEHP. Su proveedor de atención primaria, junto con el grupo médico o la IPA, proporcionan su atención médica. Esto incluye obtener autorización para ver a 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 cuidados de emergencia o cuidados de urgencia necesarios, ni tampoco para atenderse con un proveedor de cuidado de salud de la mujer, ni para ninguno de los otros servicios mencionados en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Debe recibir cuidados por parte de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no participe en nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor por la totalidad de los servicios que reciba. A continuación figuran algunos casos en los que esta regla no se aplica:
- Cubrimos el cuidado de emergencia y el cuidado necesario de urgencia por parte de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindárselo, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Hay que obtener una autorización previa de IEHP antes de recibir atención. En esta situación, cubrimos dichos servicios sin costo alguno para usted. Para recibir información sobre cómo obtener una aprobación para recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - 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. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que figura a pie de página antes de ausentarse del área de servicio, de modo que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
 - Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que tiene ahora hasta un máximo de 12 meses de prestación de 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 transcurridos 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si usted sigue atendiéndose con proveedores que no pertenecen a nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra cobertura de salud: Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda la otra cobertura de salud (*other health coverage, OHC*) anterior a Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta alcanzar la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: Por lo general, le inscribirán en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente, después de haber solicitado la inscripción en IEHP DualChoice. Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de lo cual, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Por favor, llámenos al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) si tiene 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 los cuidados que necesita. Un coordinador de atención puede ser una enfermera o un trabajador social.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Para hablar con 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.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención médica, por favor 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/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

D. Atención de los proveedores

D1. Servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y administre sus cuidados. Los proveedores de atención primaria de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige un proveedor de atención primaria, también está eligiendo el grupo médico afiliado.



Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

Un PCP es su proveedor de atención primaria. Usted por lo general 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:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Tratamientos
- Visitas de médicos que son especialistas
- Admisiones en el hospital; y
- Visitas de seguimiento.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Como miembro de IEHP DualChoice, usted puede elegir cualquier PCP del 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 médicos de cabecera (medicina familiar) y de medicina general suele poder atender a toda la familia
- Los médicos de medicina interna especializados en cuidados integrales a adultos, con frecuencia para abordar problemas complejos
- Los obstetras y ginecólogos (OB/GYN) que 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

¿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 y/o el grupo médico. Es lo que se conoce como una 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 propio 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 atenderse con un especialista o un hospital específico, primero asegúrese de que su PCP presente una referencia a dicho especialista o a uno que trabaje en 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 domicilio?
 - ¿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 en una misma cita
 - Si el PCP acepta pacientes sin previa cita y/o citas 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 del mismo consultorio
 - Si usted o un familiar tiene una discapacidad, ¿el consultorio del PCP es de fácil acceso?
- 3) Por lo general, los PCP están vinculados a hospitales específicos. Cuando usted elija su PCP, recuerde lo siguiente:
 - 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 a 10 millas o 15 minutos de distancia de su domicilio.



- 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 a 30 millas o 45 minutos de distancia de su domicilio
- Algunos hospitales tienen “hospitalistas” que se especializan en la atención de las personas durante la estadía en el hospital. Si usted es admitido en uno de estos hospitales, es posible que un “hospitalista” le preste servicios como cuidador durante el tiempo que usted permanezca en el hospital. Cuando le den el alta del hospital, usted volverá a recibir servicios para 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 inscriba a IEHP DualChoice, elegiremos uno por 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 de PCP por cualquier motivo, y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje 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 vinculado a 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 la recibe IEHP DualChoice antes del día 25 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Si su solicitud de cambio la recibe IEHP DualChoice después del día 25 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para averiguar cuándo puede ver a su nuevo PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-718-IEHP (4347). Puede solicitar el cambio de su PCP una vez al mes.

Los proveedores de atención primaria de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, podría ser que también cambie de grupo médico. Cuando solicite un cambio, informe a Servicios para Miembros si tiene un especialista u obtiene otros servicios cubiertos que deben contar con la aprobación del PCP. Los Servicios para Miembros le ayudan a que siga recibiendo atención médica especializada y otros servicios cuando cambia de PCP.

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
- Servicios cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero que no son de emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, ubicación y circunstancias, recibir los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicaamente necesarias (como los exámenes anuales) no se consideran necesidades de urgencia incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente
- 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. Si llama a Servicios para Miembros antes de ausentarse del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera
- Vacunas contra la gripe y el 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 hagan con un proveedor de la red
- Servicios de planificación familiar (véase el Capítulo 4 [Tabla de Beneficios])
- Servicios preventivos
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Servicios delicados 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
- Servicios de salud mental de rutina (terapia individual, terapia de grupo y administración de medicamentos para pacientes ambulatorios), siempre que los obtenga de un proveedor de la red

Además, si usted es un miembro nativo americano, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor médico para la comunidad nativo americana elegido por usted, sin necesidad de obtener la referencia de un PCP de la red o una autorización previa.

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 que atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos que atienden a pacientes con problemas cardíacos
- Los ortopedistas que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Por lo general, verá a su Proveedor de Atención Primaria (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 recibir un servicio o medicamento específico. Esta aprobación se llama referencia.
- Su PCP enviará una referencia a IEHP DualChoice o al grupo médico. Es muy importante que obtenga una referencia de su PCP antes de que vea a un especialista u a 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 vinculados a hospitales y especialistas específicos. Cuando usted elige un PCP, esto también determina a qué hospitales y especialistas le referirá su 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 con otros proveedores calificados
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para darle tiempo a elegir un nuevo proveedor
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha visitado a dicho proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a dicho proveedor, le atiende dicho proveedor, o si le ha visitado en los últimos tres meses.

- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que siga administrando sus necesidades de atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamiento o terapias médica mente necesarias. Colaboraremos con usted para que pueda continuar recibiendo estos cuidados
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción y las opciones de las que dispone para cambiar de plan
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos ponernos en contacto con un especialista fuera de la red para que le preste servicios de atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o satisfaga inadecuadamente sus necesidades médicas. Si requiere una autorización previa, consulte la sección D.4 para obtener más información
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de los servicios ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO), presentar una queja formal sobre la calidad de la atención, o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

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 a y aprobada por IEHP o IPA. El proveedor de atención primaria (PCP) o el especialista deben enviar una solicitud de servicios con toda la documentación justificante (notas sobre el progreso, resultados de laboratorio/pruebas, etc.) a IEHP o a la IPA. El personal de IEHP o la IPA colaborará con el Departamento de Contratos para obtener una Carta de Acuerdo.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe aceptar los requisitos para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba
- Los proveedores deben informarle si no reúnen los requisitos para participar en Medicare

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en casa y evitar una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada. A través de nuestro plan puede acceder a determinados LTSS, como los cuidados en un centro de enfermería especializada, los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los apoyos comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*) ayudará a pagar por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer a salvo en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como un Centro de Cuidados para Adultos Mayores o centros de alojamiento y cuidados.
- Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado/aseo personal (como asistencia con la evacuación intestinal y urinaria, ducharse, el aseo personal y los servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidades mentales.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado.

<u>Condado de Riverside:</u>	<u>Condado de San Bernardino:</u>
1-888-960-4477	1-877-800-4544
Disponible de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.	Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para obtener más información sobre este beneficio, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que figura a pie de página.

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Usted tiene derecho al acceso para 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 la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias prestados por el condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Sistema de Salud de la Universidad de Riverside – Salud Conductual y el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino.

<u>En el condado de Riverside:</u>	<u>En el condado de San Bernardino:</u>
Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual: 1-800-499-3008	Unidad de Acceso del Departamento de Salud Conductual: 1-888-743-1478

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del Plan de Salud Mental del Condado (*Mental Health Plan*, MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que prestan el Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual y el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad incluyen:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios intensivos para tratamiento diurnos
- Rehabilitación diurna
- Servicios de intervención en crisis
- Servicios de estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios de instalaciones de atención médica psiquiátricas
- Servicios de hospitalización psiquiátrica
- Administración de casos específicos
- Reingreso relacionado con la justicia penal
- Tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment, ACT*)
- Tratamiento comunitario asertivo forense (*forensic assertive community treatment, FACT*)
- Atención especializada coordinada (*coordinated specialty care, CSC*) para el primer episodio de psicosis (*first episode psychosis, FEP*)
- Servicios de sede de un club
- Servicios de trabajadores sociales de la comunidad (*community health worker, CHW*) mejo

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- Empleo con apoyo
- Servicios de apoyo entre iguales
- Servicios móviles de intervención en casos de crisis basados en la comunidad
- Servicios terapéuticos de comportamiento/conductuales
- Cuidado de crianza temporal terapéutico
- Coordinación de cuidados intensivos
- Servicios intensivos domiciliarios

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que prestan el Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual y el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Tratamiento residencial perinatal de trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de tratamiento ambulatorio
- Programa de tratamiento por estupefacientes
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de apoyo entre iguales
- Servicios móviles de intervención en casos de crisis basados en la comunidad

Los servicios de Medi-Cal o del Sistema que Organiza la Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (*Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS*) están disponibles para usted a través del Sistema de Salud de la Universidad de Riverside - Salud Conductual y el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio
- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios de tratamiento de la abstinencia



- Programa de tratamiento por estupefacientes
- Servicios de recuperación
- Coordinación de cuidados
- Servicios de apoyo entre iguales
- Servicios móviles comunitarios de intervención en casos de crisis
- Servicios de gestión de contingencias
- Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si es elegible.

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. Para obtener ayuda con los servicios de salud conductual, 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.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es de emergencia

Usted tiene derecho a recibir transporte médico que no es 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 es de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, consumo de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su PCP u otro proveedor para solicitarlo. Su PCP u otro proveedor decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, lo prescribirán después de llenar un formulario y enviarlo a IEHP DualChoice para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP u otro proveedor reevaluará su necesidad de transporte médico que no es de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, miniván con camilla, miniván 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 pueden transportarle física o médica en un vehículo con capacidad para silla de ruedas, IEHP DualChoice no pagará por una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su situación médica impide cualquier forma de transporte terrestre.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



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

- Es física o médicaamente necesario, según lo determine una autorización por escrito proporcionada por su PCP u otro proveedor debido a que usted no puede física o médicaamente usar un autobús, taxi, automóvil o vehículo monovolumen 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

Para solicitar el transporte médico que su médico le haya prescrito para **citas de rutina** no urgentes, llame al proveedor de IEHP DualChoice al 1-855-673-3195, disponible 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 de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Limitaciones de transporte médico

IEHP DualChoice cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su lugar de domicilio hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. 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. La lista de servicios cubiertos se encuentra en el **Capítulo 4** de este manual. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de IEHP DualChoice, a menos que se autorice previamente.

G2. Transporte no médico

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

- Viaje hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- Recoja recetas médicas y suministros médicos.

IEHP DualChoice le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado de transporte para llegar a su cita no médica en el caso de 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 organizados por usted. IEHP DualChoice debe aprobar esto **antes de** que usted coordine un viaje, y debe decírnos por qué no puede coordinar un transporte de otra forma, como por ejemplo tomando un autobús. Puede informarnos de ello llamando o enviando un correo electrónico, o bien en persona. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo.**



El reembolso de millaje requiere todo lo siguiente:

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

Para pedir transporte de servicios que han sido autorizados, llame al proveedor de IEHP DualChoice, Call The Car, al 1-855-673-3195, disponible 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 de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los miembros nativos americanos pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Limitaciones de transporte no médico

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

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

- Se necesita una ambulancia, miniván con camilla, miniván para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para recibir un servicio
- Necesita asistencia del conductor hacia y desde la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a un afección 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 ni Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante una catástrofe

H1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una situación médica con síntomas, como una enfermedad, un dolor intenso, una lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que, de no recibir atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría deducir que resultara en lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; o
- La pérdida de o un grave perjuicio a las funciones corporales; o
- Una 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 trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o la de su hijo por nacer.

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 usar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE.UU. o sus territorios, por parte de cualquier proveedor debidamente autorizado por el estado, incluso si no pertenece a nuestra red.

Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia. Haremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre la naturaleza de la emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar los servicios de emergencia si tarda en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones cuando llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

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

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

Obtención de atención 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 atención de emergencia y el médico diga que no era realmente una emergencia. Cubrimos este servicio siempre que sea razonable pensar 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 para obtenerlo. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia se refiere a los servicios que recibe en una situación que no es de emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o una lesión o enfermedad imprevista.

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

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención necesaria de urgencia solo si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, debido a la hora, la ubicación o las circunstancias, cubriremos la atención necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si no sabe si la lesión o enfermedad es urgente, llame a su proveedor de cuidado primario. Siempre debe dirigirse a su PCP para recibir atención. Si no puede comunicarse con su PCP después de la hora de cierre del consultorio, llame a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas al 1-888-244-IEHP (4347) o a la Línea de TTY al 711 para recibir ayuda cuando la necesite. Si es necesario, una de nuestras enfermeras puede ponerle en contacto con un médico 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 es necesaria atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado necesario de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicaamente necesarias, como los exámenes anuales, no se consideran necesidades de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

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

H3. Servicios de atención durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir servicios de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir servicios de salud que usted necesita durante una catástrofe: www.iehp.org.

Durante una catástrofe, si no puede visitarse con un proveedor de la red, puede atenderse con proveedores fuera de misma sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* a fin de obtener más información.

I. Qué ocurre si le facturan directamente por servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el

Capítulo 7 de este *Manual para Miembros* para saber qué hacer.

No debería tener que pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Si se determinen médicalemente necesarios, **y**
- Se enumeran en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*) **y**
- Si los obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal ajeno a nuestro plan.

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntárnoslo. 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 este *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 para Miembros a fin de obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si excede dicho límite, paga el costo total de obtener dicho servicio. Consulte el **Capítulo 4** para saber cuáles son los límites específicos de beneficios. Llame a Servicios para Miembros si desea averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuántos de sus beneficios ha utilizado.

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

J1. 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. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica (ensayo clínico), puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de sus servicios (atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan cuidados como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o inscripción para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (*NCDs-Coverage with Evidence Development, CED*) y de exención de dispositivos de investigación (*Investigational device exemption, IDE*). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica cubierto para afiliados de Original Medicare, le recomendamos a usted o a su coordinador de cuidados que se pongan en contacto con Servicios para Miembros para informarnos de que va a participar en un ensayo clínico.

J2. 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 atención. 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 participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento por cualquier efecto secundario y complicaciones a raíz de la nueva atención

Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted pagará los costos por participar en el estudio.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

J3. Más información 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/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

K1. 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).

K2. 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 esté requerido** por la ley federal, estatal o local

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica para cuidados de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención médica
- 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 para pacientes hospitalizados o en centros de enfermería especializada
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o de lo contrario **no se cubrirá** la estadía.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare. Como Miembro de Medi-Cal, se cubren días de hospital adicionales para pacientes hospitalizados cuando son médicamente necesarios. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicaamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted tiene algunos artículos de DME, como prótesis.

Otros tipos de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** es propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente del tiempo que los haya tenido.

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

L2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos son propietarios de los mismos al cabo de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios.

Si ya no está afiliado a Medi-Cal, tendrá hacer 13 pagos seguidos con Original Medicare, o tendrá que abonar el número de pagos seguidos (plazos) establecido por el plan de MA, para ser propietario del artículo de DME si:

- No se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- Deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare ajeno a cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan de MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare o un plan de MA antes de inscribirse a nuestro plan, **dichos pagos de Original Medicare o del plan de MA no se incluyen o restan de los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos seguidos en Original Medicare o un número de nuevos pagos seguidos establecido por el plan MA para ser dueño del artículo de DME
- No hay excepciones cuando vuelve a inscribirse a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con 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 médicalemente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicalemente 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, los suministros y los servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si usted aún está inscrito a Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es médicalemente 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 5 años si es médicalemente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicalemente 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 médicalemente necesario

Cuando el equipo de oxígeno es médicalemente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan de MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan de MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

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 clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *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 después de que solicite su inscripción a IEHP DualChoice. Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. A continuación, 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

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	73
B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores.....	73
C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	73
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan	75
E. Apoyo de la comunidad.....	122
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	127
F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT).....	127
F2. Programa Dental de Medi-Cal	127
F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)	128
F4. 1915(c) Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)	128
F5. Servicios de salud conductual del condado prestados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias).....	131
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal.....	134



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** de este *Manual para Miembros*. 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 este *Manual para Miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención médica y/o a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-7128-4347.

B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por los servicios cubiertos de la red. Nosotros 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 este *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 de los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos por orden alfabético y también los explica.

Pagamos por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios indicados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos a continuación.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal deben coincidir con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal
- Los servicios que incluyen atención médica, servicios de salud del comportamiento y consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser "médicamente necesarios". Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería

También se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica

- Para los nuevos afiliados, es posible que durante los primeros 90 días no le solicitemos que obtenga la aprobación por adelantado para ningún curso o régimen activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red
- Usted recibe su atención médica por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o de cuidados médicos urgentes, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo para coordinar su atención médica que le proporciona y administra servicios de atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben autorizar primero la visita a un proveedor que no sea su PCP o bien atenderse con otros proveedores de la red de nuestro plan. Es lo que se conoce como una referencia. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le llama autorización previa (*prior authorization, PA*). Marcamos los servicios cubiertos de la Tabla de Beneficios que necesitan autorización previa con un asterisco (*)
- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicalemente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- *Si usted pierde sus beneficios de Medi-Cal, en un plazo de tiempo de 3 meses de elegibilidad que se considera continua, sus beneficios de Medicare de este plan proseguirán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Póngase en contacto con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no los de Medi-Cal. Si tiene preguntas o necesita ayuda con su elegibilidad para Medi-Cal, podemos ayudarle, llame al 1-888-860-1296.*

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana  muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Evaluación para detectar un aneurisma aórtico abdominal <p>Pagamos un solo examen de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera/o con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
Acupuntura <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace 12 semanas o más que tiene el dolor • No es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas) • No está asociado a ninguna cirugía, y • No está asociado al embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos al año de acupuntura para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no nota mejoría o si empeora.</p> <p>Requisitos del Proveedor:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (<i>physician assistants, PAs</i>), las enfermeras/os con práctica médica (<i>nurse practitioners, NPs</i>)/los especialistas en enfermería clínica (<i>clinical nurse specialists, CNS</i>) (según se identifica en el artículo 1861(aa) (5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si se cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación sobre Acupuntura y Medicina Oriental (<i>Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM</i>); y, • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
 <p>Evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación de detección de abuso de alcohol (<i>Alcohol-Misuse Screening, SABIRT</i>) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son adictos al alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la evaluación de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales cada año (si usted puede y está alerta para participar activamente durante el asesoramiento) con un profesional o Proveedor de Atención Primaria especializado en un entorno de atención médica primaria.</p> <p>Si necesita servicios adicionales de asesoramiento y tratamiento más allá de lo que está cubierto por Medicare, es posible que pueda obtener servicios para trastornos por abuso de sustancias de Medi-Cal a través del condado si cumple con las reglas de necesidad médica.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol (continuación)</p> <p>Para encontrar todos los números de teléfono de los condados en Internet, visite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riverside University Health System <ul style="list-style-type: none"> ○ Llame al: 1-800-499-3008 ○ Visite: https://www.ruhealth.org/behavioral-health • Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: <ul style="list-style-type: none"> ○ Llame al: 1-800-968-2636 ○ Visite: https://wp.sbccounty.gov/dbhht 	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos ya sean para una situación de emergencia o no, incluyen los de transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano donde puedan atenderle.</p> <p>Su afección 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.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean emergencias, podremos pagar por una ambulancia. En ese caso, su condición debe ser tan grave que el traslado a un centro de cuidados por otros medios podría poner en riesgo su vida o su salud.</p>	\$0
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Puede hacerse un examen médico anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención que se base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos uno cada 12 meses.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Visita anual de bienestar (continuación)</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede ocurrir dentro de los 12 meses siguientes a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para recibir las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p>Servicios preventivos para el asma</p> <p>Usted puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno doméstico a fin de detectar los desencadenantes que suelen encontrarse en el hogar para personas asmáticas que no están bien controladas.</p>	\$0
 <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 los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicaamente necesarios. También pagamos a un médico para que revise y comente los resultados.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
 <p>Evaluación de detección de cáncer de los senos (mamografías)</p> <p>Pagamos 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 a partir de los 40 años de edad • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación cardiaca (del corazón)*</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicio, educación y asesoramiento/terapia. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una referencia del médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardiaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
 <p>Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagaremos una visita al año o más, si es médicaamente necesario, a su Proveedor de Atención Primaria para ayudarle a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. Durante la visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablarle sobre el uso de la aspirina • Tomarle la presión arterial, y/o • Darle consejos para asegurarse de que su alimentación es adecuada. 	\$0
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Pagamos un análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detecta defectos a causa del alto riesgo de presentar enfermedades del corazón.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y pélvicos cada 24 meses • Para las mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino: un examen de Papanicolaou cada 12 meses <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses Para las mujeres entre 30 y 65 años: pruebas de virus del papiloma humano (VPH) o pruebas de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años 	
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Medi-Cal puede cubrir servicios quiroprácticos cuando se reciben en un Centro de Salud Federalmente Calificado (<i>Federally Qualified Health Center, FQHC</i>) o Clínicas Rurales de Salud (<i>Rural Health Clinics, RHC</i>). Es posible que los FQHC y las RHC requieran una referencia para recibir servicios. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en un FQHC o una RHC, llame a Servicios para Miembros. <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
<p>Servicios de tratamiento y control del dolor crónico*</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de cuidados.</p>	La participación en los costos de este servicio variará según los servicios individuales prestados durante el tratamiento. \$0
 <p>Evaluación para detectar cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> La colonoscopia no tiene un límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Evaluación para detectar cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonografía o colonoscopia por tomografía computarizada para pacientes a partir de los 45 años de edad que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido como mínimo 59 meses a partir del mes en el que se realizó la última prueba de colonografía, o cuando han transcurrido 47 meses a partir del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o la última colonoscopia. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer el pago de una colonografía de detección que se hizo después de transcurridos como mínimo 23 meses a partir del mes en el que se realizó la última prueba de colonografía o la última colonoscopia. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un alto riesgo después de que se le haya hecho al paciente una colonoscopia de prueba. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o la última colonografía. • Pruebas de evaluación de sangre oculta en las heces para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ácido desoxirribonucleico (ADN) en heces con objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores por sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de prueba de seguimiento después de que un examen de diagnóstico de cáncer colorrectal basado en las heces no invasivo cubierto por Medicare dé un resultado positivo. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Evaluación para detectar cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible prevista o una colonoscopia que implica la eliminación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y durante la misma visita clínica que la prueba de detección. 	
<p>Servicios dentales*</p> <p>Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, tal y como se describe en la Sección G2 más adelante.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio sea parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria (principal) de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales hechas como preparación para el tratamiento con radiación de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de órgano.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p> <p>Como Miembro de Medi-Cal, ciertos servicios dentales están a su disposición a través del programa Medi-Cal Dental. El Programa Dental Medi-Cal incluye, pero no se limita a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor Restauraciones y coronas Terapia de conducto radicular (endodoncia) Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineamientos <p>Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, llame al Centro de Servicios Telefónicos al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922).</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales* (continuación)</p> <p>La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de 8am a 5pm de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org para obtener más información.</p>	
 <p>Evaluación para detectar depresión</p> <p>Pagamos por una evaluación para detectar depresión cada año. La evaluación se debe hacer en un lugar de atención primaria en donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	\$0
 <p>Evaluación para detectar diabetes</p> <p>Pagamos esta evaluación (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 • Historial de altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para un máximo de dos evaluaciones a fin de detectar diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su evaluación de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0
 <p>Servicios, suministros y capacitación para el control personal de la diabetes*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (si usan insulina):</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios, suministros y capacitación para el control personal de la diabetes* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suministros para controlar su nivel de glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en la sangre ○ Tiras reactivas de glucosa en la sangre ○ Dispositivos para lancetas y plumas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores ○ Se requiere autorización previa ● Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ Un par de zapatos profundos (hondos), incluidos ajustes y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con los zapatos) ● En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para más información, póngase en contacto con el Servicio para Miembros. ● Hable con su proveedor y obtenga una referencia para la Capacitación sobre el Autocontrol de la Diabetes. 	
<p>Servicios de doula</p> <p>Para las mujeres embarazadas, pagamos nueve visitas a una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto (momento de dar a luz). También se pueden proporcionar hasta nueve pospartos adicionales.</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para Miembros</i> a fin de obtener una definición de "Equipo médico duradero" (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 camas eléctricas • Almohadilla seca antipresión para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • Dispositivos de generación de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andaderas • Bastón estándar con empuñadura curva o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto • Equipo de tracción cervical (para puerta) • Estimulador óseo • Equipo para diálisis <p>Pueden estar cubiertos otros artículos</p> <p>Algunos artículos del DME no están cubiertos por Medicare. Su Medi-Cal puede cubrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asientos de bañera/sillas para ducha • Audífonos • Artículos para la incontinencia • Asiento de inodoro elevado <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevador de silla para escaleras • Marcos de bipedestación <p>Pagamos el DME médicaamente necesario que normalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor de su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p>	
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención médica de emergencia significa servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ofrece un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • Son necesarios para la evaluación o tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que está empeorando rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultara en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un grave riesgo para su salud o la de su hijo por nacer; o • Un grave perjuicio a las funciones corporales; o • Una grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. • La pérdida de una extremidad, o pérdida de función de una extremidad • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto ○ Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o la de su hijo por nacer. • El plan solamente cubre cuidados de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios. 	<p>\$0</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su situación de emergencia, es posible que lo trasladen a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir cuidados como paciente ingresado solo si nuestro plan aprueba su estadía.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o de fuera de ella, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Exámenes de diagnóstico y de laboratorio para planificación familiar • Métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos [AIU/DIU], implantes, inyecciones, píldoras, parches o diafragmas) • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, barrera intrauterina) • Asesoramiento y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados limitados de fertilidad, como asesoramiento y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad o asesoramiento sobre salud preconcepcional, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoramiento y pruebas para VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (debe ser mayor de 21 años de edad para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización al menos 30 días antes de la cirugía pero sin exceder los 180 días). • 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 afecciones relacionadas con la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales de concebir). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Exámenes genéticos 	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación sobre la salud • Clases de educación nutricional • Clases para dejar de fumar y cesación de consumo de productos de tabaco, y • Línea directa de enfermería 	\$0
Servicios de audición* Pagaremos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como cuidados de paciente ambulatorio cuando se reciben de un médico, audiólogo u otro proveedor especializado. Hable con su proveedor y obtenga una referencia. Como Miembro de Medi-Cal, cubrimos los audífonos si: <ul style="list-style-type: none"> • Se le hace una prueba auditiva • Los audífonos son médicalemente necesarios • Se los prescribe su médico • La cobertura se limita al audífono de más bajo costo que satisface sus necesidades médicas. Elegiremos al proveedor de la red para el audífono. IEHP cubrirá un audífono, a menos que se necesite un audífono para cada oído a fin de obtener resultados considerablemente mejores de los que pueda obtener con un solo audífono. Con Medi-Cal, cubriremos un audífono de reemplazo si: <ul style="list-style-type: none"> • Su pérdida auditiva es tal que su audífono actual no es capaz de corregirla • Su audífono se perdió, se lo robaron o se rompió y no se puede arreglar y no ha sido culpa suya. Tiene que entregarnos un justificante que nos diga cómo sucedió. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios para la audición* (continuación)</p> <p>La cobertura de Medi-Cal no incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El reemplazo de las baterías del audífono <p>También pagamos audífonos cuando sean prescritos por un médico u otro proveedor calificado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros e insertos • Reparaciones • Un juego inicial de baterías • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de recibir los audífonos • Alquiler de audífonos durante el período de prueba • Dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea colocado en la superficie • Servicios de audiología relacionados con los audífonos y posteriores a la evaluación 	
 <p>Evaluación para detectar VIH</p> <p>Pagamos un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidan un examen de diagnóstico de VIH, o • Tengan un alto riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de diagnóstico del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos evaluaciones de detección de VIH adicionales cuando lo recomienda su proveedor.</p>	\$0
<p>Servicios de una agencia de asistencia médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir servicios de atención en el hogar/domiciliarios, un médico deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados domiciliarios. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que no puede salir de casa</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de una agencia de asistencia médica a domicilio*</p> <p>Se trata de un esfuerzo mayor.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (que se deben cubrir según el beneficio de asistencia médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de auxiliar médico a domicilio 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 	
<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 incluidos en el beneficio del DME <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Terapia de infusión en el hogar* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Atención en los centros para enfermos terminales</p> <p>Tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro para enfermos terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y su esperanza de vida es de seis meses o menos. Usted puede obtener atención de cualquier programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de un centro para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que ofrecemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento de los síntomas y el dolor • Cuidado de relevo del cuidador a corto plazo • Cuidados domiciliarios <p>Los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del centro para enfermos terminales por sus servicios prestados y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de servicios del centro para enfermos terminales, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0 por servicios cubiertos por nuestro Plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en los centros para enfermos terminales (continuación)</p> <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 prognosis terminal. Usted no paga <i>nada</i> por 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 un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i>. <p>Nota: Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que proporcionan una atención centrada en el paciente y su familia y basada en el trabajo en equipo para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos/habituales. Para más información, consulte la sección Atención médica paliativa.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de un centro para enfermos terminales, llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros para programar los servicios. Los servicios que no son del centro para enfermos terminales son los que no están relacionados con su prognosis terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de del centro para enfermos terminales (una sola vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido este beneficio.</p>	
 <p>Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacuna contra la neumonía Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza, adicionales si son médicamente necesarias Las vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Vacunas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra el COVID-19 • Vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) • Otras vacunas si usted corre riesgo de contraer enfermedades y se cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos por otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual para Miembros</i> a fin de obtener más información.</p>	
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicaamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Deberá obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red una vez estabilizada la emergencia.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y órganos intestinales/multiviscerales. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir 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, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención a nuestra comunidad y usted decide recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos el alojamiento y los costos de viaje suyos más los de otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre, incluido el almacenamiento y la administración Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que lo admitan oficialmente como paciente ingresado en el hospital. Se le puede considerar un paciente ambulatorio aun cuando haya pasado la noche en el hospital. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios del Hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Pagamos los servicios de atención médica por salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* (continuación)</p> <p>A continuación, la agencia de salud mental del condado local paga por los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes hospitalizados.</p> <p>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 prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general ● Si es mayor de 65 años, pagamos los servicios que recibe en un Instituto de Enfermedades Mentales (<i>Institute for Mental Diseases, IMD</i>). 	
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (<i>skilled nursing facility, SNF</i>) durante una hospitalización no cubierta*.</p> <p>No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si usted ha agotado todo su beneficio para pacientes hospitalizados o si la estadía no es razonable y médicaamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en determinadas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para más información, póngase en contacto con el Servicio para Miembros.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y probablemente otros que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de los médicos ● Pruebas diagnósticas, como pruebas de laboratorio ● Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos ● Apóstitos quirúrgicos ● Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros dispositivos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan total o parcialmente: <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, así como piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en su condición • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	
<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 educarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre el mismo. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una referencia. 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 este <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir atención médica especial <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, tal como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su 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 la Parte B de Medicare" en esta tabla.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (<i>low dose computed tomography, LDCT</i>)</p> <p>Nuestro plan paga la evaluación para detectar 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 médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer pulmonar o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera evaluación de detección, el plan pagará otra evaluación de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor especializado. Si un proveedor decide proporcionar asesoramiento para el examen de detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones sobre el examen de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando le refiere su médico.</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. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de ello, pagaremos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la referencia de un médico. Un médico deberá prescribir estos servicios y renovar la referencia una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (<i>Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP</i>). El MDPP está diseñado para ayudarle a fomentar un comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de alimentación a largo plazo, y • Aumento de la actividad física, y • Maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
<p>Medicamentos 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 médico, como paciente ambulatorio del hospital o centro de cirugía ambulatoria. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina suministrada a través de un dispositivo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médica necesaria). • Otros medicamentos que tome usando un equipo médico duradero (como un nebulizador) que nuestro plan haya autorizado. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes o inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra con una supervisión adecuada • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra con una supervisión adecuada • Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos por vía oral contra el cáncer si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). Conforme aparezcan nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utilice como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET) (<i>End-Stage Renal Disease, ESRD</i>) cubiertos por Medicare Parte B • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para ERT, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicaamente necesario) y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Retacrit). • Inmunoglobulina IV para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 de este <i>Manual para Miembros</i> explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.</p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en Centros de Enfermería*</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlas en su domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicaamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados generalmente por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio proporcionadas, por lo general, por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados generalmente por centros de enfermería • El uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • Servicios de médicos o profesionales médicos • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • Beneficios de la vista • Exámenes para la audición <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en Centros de Enfermería* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Servicios de podología <p>Generalmente, recibe su atención de instalaciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir cuidados de un centro que no pertenece a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde servicios de enfermería). • Un centro de enfermería en donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital. <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	
 <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 ayudarle a perder peso. Usted deberá obtener terapia en un lugar de atención primaria. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios del Programa de tratamiento por abuso de opioides (<i>opioid treatment program, OTP</i>) *</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (<i>Opioid Use Disorder, OUD</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration, FDA</i>) y, si corresponde, administrarle y proporcionarle estos medicamentos • Asesoramiento relativo al trastorno por consumo de sustancias <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios del Programa de tratamiento por abuso de opioides (OTP) * (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual y de grupo • Pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas de toxicología) <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	
<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 indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como apósticos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografía computarizada (CT scan), imágenes de resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKGs) y tomografía por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para el tratamiento de una enfermedad. • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0
<p>En estado de observación como paciente ambulatorio</p> <p>Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios a fin de determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si pueden darle de alta.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>En estado de observación como paciente ambulatorio (continuación)</p> <p>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admisión de pacientes o si se ordenan pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para autorizarle la admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Se le puede considerar un paciente ambulatorio aun cuando haya pasado la noche en el hospital. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios del Hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	
<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 una sala de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ 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: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluyendo los servicios en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que de lo contrario sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Exámenes y servicios preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que no puede autoadministrarse • Para procedimientos dentales en un centro de la red, proporcionamos anestesia general y los servicios del centro asociados con la anestesia si se cumplen cada uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene cobertura activa de Medi-Cal ○ Está discapacitado mentalmente o su salud está en peligro ○ Su estado clínico o afección subyacente requiere que el procedimiento dental se proporcione en un hospital o centro de cirugía ambulatoria ○ No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista. <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	
<p>Atención 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 médico autorizado por el estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Un consejero profesional con licencia (LPC) <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • Un enfermero con práctica médica (NP) • Un asistente médico (PA) • Cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento de día • Servicios de rehabilitación psicosocial • 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 controlar la terapia con medicamentos • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • Consulta psiquiátrica <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	
<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 de Consulta Externa (<i>Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF</i>) y otros centros.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios como paciente ambulatorio por trastorno por abuso de sustancias*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y detección de abuso de alcohol • Tratamiento para el abuso de drogas • Asesoramiento en grupo o individual por parte de un médico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones • Servicios relacionados con el consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0
<p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>Pagamos las cirugías y los servicios ambulatorios en instalaciones para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si a usted le operan en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para autorizarle la admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Se le puede considerar un paciente ambulatorio aun cuando haya pasado la noche en el hospital.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0
<p>Artículos de venta sin receta médica (OTC)</p> <p>Nuestro Plan ofrece un beneficio complementario que brinda una asignación para la compra de ciertos artículos de venta sin receta médica (<i>Over the Counter, OTC</i>). Para obtener más información sobre este beneficio, visite www.iehp.org o llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que figura a pie de página.</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-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	Lo que usted paga
<p>Artículos de venta sin receta médica (OTC) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporciona una asignación de \$60 dólares por trimestre (cada 3 meses). Las cantidades que no se utilicen no se transfieren al siguiente trimestre. Los artículos de venta sin receta médica elegibles se limitan a artículos permitidos por Medicare. Por favor, consulte la Lista de Productos Aprobados por OTC de IEHP DualChoice. <p>Además, usted también tiene beneficios de OTC de Medi-Cal. Cuando haya agotado esta asignación de OTC de DSNP, podrá acceder a los medicamentos OTC a través del programa Medi-Cal.</p> <p>Viste el sitio web de Medi-Cal Rx (https://www.medicalexpresion.com/) para más información. También puede llamar al Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.</p>	
<p>Cuidados paliativos*</p> <p>La atención médica paliativa está cubierta por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas que padecen enfermedades graves. Proporciona una atención centrada en el paciente y su familia que mejora la calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son igual que un centro para enfermos terminales, por lo que no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para poder recibirlas. Los cuidados paliativos se proporciona al mismo tiempo que los cuidados curativos/habituales.</p> <p>La atención médica paliativa incluye lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación anticipada de cuidados • Evaluación y consulta de atención médica paliativa • Un plan de cuidados que incluya toda la atención médica paliativa y curativa autorizada, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • Servicios de su Equipo designado para Coordinar su Atención Médica • Coordinación de los cuidados <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cuidados paliativos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del dolor y los síntomas <p>Es posible que no pueda recibir cuidados en un centro para enfermos terminales y cuidados paliativos al mismo tiempo si es mayor de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibirlos en un centro para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados de en un centro para enfermos terminales en cualquier momento.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y cuidados ambulatorios intensivos*</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o bien en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizados (<i>licensed marriage and family therapist, LMFT</i>) o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p> <p>Los servicios ambulatorios intensivos forman parte de un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual/comportamiento (mental) proporcionado como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud autorizado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas en los consultorios</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugías médicamente necesarias en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un consultorio médico <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un centro de cirugía ambulatoria certificado ○ Un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital ● Una consulta, un diagnóstico y un 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 ● Ciertos servicios de telesalud, incluida la atención primaria y especializada, los servicios necesarios de urgencia, la salud mental, los servicios psiquiátricos, la educación sobre la salud y la capacitación para el autocontrol de la diabetes ● Los servicios solo se prestarán por telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud ○ Visitas de video interactivas para servicios profesionales cuando la atención puede proporcionarse en este formato según lo determinado por un proveedor de red. ○ Visitas de cita telefónica programadas para servicios profesionales cuando la atención puede proporcionarse en este formato según lo determine un proveedor de la red ● Algunos servicios de telesalud incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para los miembros que residen en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal (ESRD) que reciben diálisis a domicilio, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal no hospitalario o en el hogar • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los seis meses anteriores a su primera visita de telesalud <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona en un plazo de 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 a nivel federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su doctor durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete 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 o imágenes que envíe a su doctor e interpretación y seguimiento por parte de su doctor dentro de las siguientes 24 horas 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>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas visitas en consultorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete 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 su doctor tiene con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un nuevo paciente nuevo ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía 	
<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 martillo o espolón calcáneo) ● Cuidado de rutina de los pies para los Miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p> <p>IEHP cubre los servicios de podólogos que sean médicaamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico de los pies. La cobertura incluye el tobillo y los tendones que se insertan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.</p>	\$0
 <p>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que usted corre un mayor riesgo de contraer VIH (virus del SIDA), cubriremos los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación)</p> <p>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectar el medicamento. Hasta 8 sesiones de terapia individuales (que incluyen evaluación del riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y adhesión a los medicamentos) cada 12 meses. Hasta ocho exámenes de VIH, cada 12 meses. Una prueba de detección de una sola vez del virus de la hepatitis B. 	
 <p>Pruebas para detectar 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 (<i>Prostate Specific Antigen, PSA</i>) <p>Para las pruebas rectales digitales, hable con su proveedor para obtener una referencia</p>	\$0
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y órtesis Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos ortopédicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis para senos (incluye 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 • Crema y pañales para la incontinencia <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortésicos.</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>Con su cobertura de Medi-Cal, cubrimos los dispositivos prostéticos si se cumplen todas las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El artículo es médicalemente necesario para restaurar el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para prótesis). • El artículo está prescrito para usted. • El artículo es médicalemente necesario para sostener una parte del cuerpo (para aparatos ortopédicos solamente). • El artículo es médicalemente necesario para que usted realice actividades de la vida diaria. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El artículo tiene sentido para su estado de salud general. • El artículo está cubierto por Medi-Cal. • El artículo debe estar preaprobado para usted. Esto incluye aparatos auditivos implantados, prótesis para senos/sostén para mastectomía, prendas compresivas para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para servir de soporte de una parte del cuerpo débil o deforme. La cobertura se limita al equipo de menor costo que satisfagan adecuadamente sus necesidades médicas. El artículo cubierto debe proporcionar un proveedor de la red o un proveedor seleccionado por nosotros. 	
<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>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección del virus de la Hepatitis C</p> <p>Cubriremos una prueba de detección de la Hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de atención médica calificado lo ordena y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilegales. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Prueba de detección del virus de la Hepatitis C (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nació entre 1945 y 1965. <p>Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagaremos por una prueba de detección una sola vez. Si usted tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilegales desde su prueba negativa anterior de detección de la Hepatitis C), cubrimos pruebas anuales.</p>	
 <p>Pruebas y terapia para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual*</p> <p>Pagaremos pruebas de detección de clamidía, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas estarán cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario deberá pedir las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones intensivas de terapia para el comportamiento en persona una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de terapia como un servicio preventivo solo si las brinda un Proveedor de Cuidado Primario. Las sesiones deben ser en un lugar de atención primaria como en el consultorio de un doctor.</p>	\$0
 <p>Cuidados en Centros de Enfermería Especializada (SNF)*</p> <p>Para obtener una definición de los cuidados en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o una habitación privada si es médicaamente necesario <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención médica, incluidas sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos provistos por los centros de enfermería • Análisis de laboratorio realizados por los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente realizados en centros de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente brindados en centros de enfermería • Servicios de médicos/profesionales <p>Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería. Sin embargo, es posible que pueda obtener cuidados en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro/residencia para adultos mayores que ofrezca cuidados continuos donde usted vivía antes de ingresar en el hospital (siempre que brinde cuidados equivalentes a los de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted deja el hospital <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	
 <p>Dejar de fumar y cesación de consumo de productos de tabaco</p> <p>La terapia para dejar de fumar y la cesación de consumo de productos de tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Dejar de fumar y cesación de consumos de productos de tabaco</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo de productos de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco Son competentes y están alerta durante la terapia Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona la terapia <p>Cubrimos dos intentos de cese por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones por año).</p>	
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)*</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada (<i>Supervised Exercise Therapy, SET</i>) para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (<i>Peripheral Artery Disease, PAD</i>) que tienen una referencia para PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicalemente 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 la 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 médico, asistente médico o enfermera/o practicante/especialista en enfermería clínica <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)* (continuación)</p> <p>Tiene capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital</p> <p>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	
<p>Transporte: Transporte médico que no es de emergencia</p> <p>Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, vehículo minivan adaptado, minivan para silla de ruedas y coordinación con paratransito.</p> <p>Se autorizan dichas formas de transporte cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su proveedor médico determina que su estado de salud y/o físico no le permite viajar en un autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado, y • Se requiere autorización previa y usted tiene que llamar a su plan para coordinar un viaje <p>Para pedir transporte de servicios que han sido autorizados, llame al proveedor de IEHP DualChoice, Call The Car, al 1-855-673-3195, 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, 5 días hábiles (lunes a viernes) como mínimo antes de la fecha de su cita. Para citas urgentes, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo solicitar transporte médico que no es de emergencia, consulte el Capítulo 3.</p>	\$0
<p>Transporte: Transporte no médico</p> <p>Este beneficio permite el transporte a servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado.</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-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	Lo que usted paga
<p>Transporte: Transporte no médico (continuación)</p> <p>Se requiere transporte con el fin de obtener los servicios médicos necesarios cubiertos por Medi-Cal, incluidos los traslados a las citas con el dentista y para pasar a buscar medicamentos. El transporte para servicios de doble cobertura por Medi-Cal y Medicare está cubierto.</p> <p>Para programar un viaje y recibir servicios que han sido autorizados, llame a un agente de transporte de IEHP, Call the Car 1-855-673-3195, 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, 5 días hábiles (lunes a viernes) como mínimo antes de la fecha de su cita.</p> <p>Para citas urgentes, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.</p>	
<p>Cuidados de urgencia</p> <p>Los cuidados de urgencia se refieren a los servicios de tratamiento que se prestan en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un caso que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, o • Una enfermedad médica imprevista, o • Una lesión, o • Una afección que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, debido a la hora, ubicación o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicaamente necesarios para atender una afección imprevista, pero que no se considera una emergencia médica).</p> <p>Los cuidados médicos necesarios de urgencia solo están cubiertos en los Estados Unidos y sus territorios cuando usted sigue las reglas del Plan.</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<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 • Un máximo de \$350 para anteojos (monturas y lentes) o hasta \$350 para lentes de contacto cada año. • Las lentes para anteojos están cubiertas sin costo alguno para usted cuando son médicaamente necesarias y se obtienen a través de un proveedor de la red. <p>Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos por 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 • Personas afroamericanas de 50 años o más • Personas hispanoamericanas de 65 años y más <p>Para las personas con diabetes, pagamos por un examen de detección de retinopatía diabética una vez por año.</p> <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 recibir 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>Hable con su proveedor para obtener una referencia.</p>	\$0



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud; • Educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo evaluaciones e inyecciones), y • Referencias para otro tipo de atención si la necesita. 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, dígale al consultorio de su doctor que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Apoyo de la comunidad

Puede obtener apoyo bajo su Plan de cuidados individualizados. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicaamente apropiados y rentables comparables a los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si es elegible, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe por medio de Medi-Cal.

A continuación se describen ejemplos de servicios de Apoyo Comunitario. No todos los miembros califican para recibir servicios de Apoyo Comunitario. Usted debe cumplir con los requisitos específicos de Medi-Cal. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios de Apoyo Comunitario.

Si desea más información sobre los beneficios del programa Medi-Cal, consulte la siguiente lista. La siguiente lista brinda ejemplos de beneficios que pueden no estar relacionadas con su cuidado de salud primario, pero estos se incluyen como beneficios para enfermos crónicos.

Ayuda en general para los servicios

de búsqueda de vivienda

Servicios de Relevo y Cuidadores



Depósitos de vivienda: Los depósitos de vivienda ayudan a identificar, coordinar, garantizar o financiar servicios y modificaciones puntuales necesarios para que una persona pueda establecer un hogar básico que no constituya alojamiento y comida. Criterios de elegibilidad:

- 1) Cumplir con los criterios de falta de vivienda o correr peligro de perderla, definidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development, HUD*).
- 2) Se dan una o más de estas situaciones: Cumple con los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental (*Specialty Mental Health Services, SMHS*) de Medi-Cal; cumple los criterios para el Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS); una o más condiciones de salud física crónicas graves; una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo; o personas que están embarazadas hasta los 12 meses de posparto; O
- 3) Es elegible para un alquiler de transición; O
- 4) Se da prioridad a la vivienda asistida permanente o al subsidio de alquiler mediante un sistema de entrada coordinada

Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda: Este servicio proporciona servicios de arrendamiento y mantenimiento, con el objetivo de mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que se ha conseguido la vivienda. Criterios de elegibilidad:

- 1) Cumplir con los criterios de falta de vivienda o correr peligro de perderla, definidos por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Housing and Urban Development, HUD*).
- 2) Tiene uno o más de los siguientes:
 - a. Cumple los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal;
 - b. Cumple con los criterios para Medi-Cal de Medicamentos (DMC) o Sistema de Entrega Organizada de Medi-Cal de Medicamentos (DMC-ODS);
 - c. Una o más condiciones de salud física crónicas graves;
 - d. Una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo;
 - e. Personas embarazadas hasta los 12 meses de posparto; O
- 3) Es elegible para un alquiler de transición; O 4) recibe prioridad para una vivienda asistida permanente o un subsidio de alquiler a través de un sistema de entrada coordinada

Servicios de búsqueda para la transición a una vivienda: Los servicios de transición de vivienda ayudan a los miembros a encontrar, solicitar y obtener vivienda. Criterios de elegibilidad:



- 1) Cumplir con la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de carecer de vivienda o estar en peligro de perderla, y
- 2) Tiene uno o más de los siguientes:
 - a. Cumple los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal;
 - b. Cumple con los criterios para Medi-Cal de Medicamentos (DMC) o Sistema de Entrega Organizada de Medi-Cal de Medicamentos (DMC-ODS);
 - c. Una o más condiciones de salud física crónicas graves;
 - d. Una o más discapacidades físicas, intelectuales o del desarrollo;
 - e. Personas embarazadas hasta los 12 meses de posparto; O
- 3) Es elegible para un alquiler de transición; O 4) recibe prioridad para una vivienda asistida permanente o un subsidio de alquiler a través de un sistema de entrada coordinada

Transiciones a un Centro de Vida Asistida (ALF): Los servicios de transición a centros de vida asistida (*assisted living facility, ALF*) ayudan a que las personas puedan seguir viviendo en su comunidad o a evitar la institucionalización siempre que sea posible. El objetivo es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario similar al hogar o evitar el ingreso en un centro de enfermería especializada para los miembros con una necesidad inminente de un nivel de cuidado (*level of care, LOC*) en un centro de enfermería. Las personas tienen la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa al ingreso a largo plazo en un centro de enfermería cuando cumplen los requisitos de elegibilidad.

- 1) Criterios de Elegibilidad para la Transición desde un Centro de Enfermería:
 - a. Ha residido durante 60 días o más en un centro de enfermería
 - b. Está dispuesto a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería, donde puede residir a salvo y contar con apoyos apropiados y rentables.
- 2) Criterios de Elegibilidad para la Transición desde un Centro de Enfermería:
 - a. Desea permanecer en la comunidad
 - b. Está dispuesto a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería, donde puede residir a salvo y contar con apoyos apropiados y rentables, y
 - c. Recibe actualmente un nivel de atención médica necesaria en un centro de enfermería o cumple con los criterios de necesitar el nivel de atención de un centro de enfermería

Cuidados de recuperación (relevo médico): Los cuidados de recuperación, también llamados de releve médico, son cuidados residenciales a corto plazo para las personas que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan recuperarse de una lesión o enfermedad



(incluyendo problemas de salud del comportamiento) y cuya situación empeoraría en un entorno de vida inestable. Una estancia prolongada en un entorno de cuidados de recuperación permite a las personas continuar su recuperación y recibir tratamiento tras el alta, al tiempo que obtienen acceso a cuidados primarios, servicios de salud conductual, administración de casos y otros servicios sociales de apoyo, como transporte, alimentación y vivienda. Criterios de elegibilidad:

- 1) Requiere la recuperación para curarse de una lesión o enfermedad; y
- 2) Carece de vivienda o corre el riesgo de perderla

Alojamiento a corto plazo posterior a una hospitalización: El alojamiento a corto plazo posterior a una hospitalización proporciona a los miembros que no tienen una residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud del comportamiento la oportunidad de continuar su recuperación médica/psiquiátrica/trastornos por consumo de sustancias inmediatamente después de salir de un hospital para pacientes hospitalizados (ya sea un hospital de cuidados agudos o psiquiátrico o dependencia química y recuperación en un hospital), un centro residencial de tratamiento o recuperación de trastornos por consumo de sustancias, un centro residencial de tratamiento de salud mental, un centro correcional, un centro de enfermería o un centro de cuidados de recuperación para evitar una mayor utilización de los servicios del plan estatal. Criterios de elegibilidad:

- 1) Ser dado de alta de cuidados de recuperación o de una estadía como paciente hospitalizado, y
- 2) Cumplir con la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de carecer de vivienda o correr el riesgo de perderla, y
- 3) Cumple con uno de los siguientes criterios:
 - a. Recibe Atención Médica Mejorada (Enhanced Care Management, ECM)
 - b. Tienen una o más enfermedades crónicas graves;
 - c. Tiene una enfermedad mental grave; O
 - d. Corre riesgo de ser institucionalizado o requiere servicios residenciales como resultado de un trastorno por consumo de sustancias; y
- 4) Tiene necesidades de salud física o del comportamiento presente que de otro modo requerirían atención institucional continua.

Centros de sobriedad: Los centros de sobriedad son destinos alternativos para las personas que se encuentran en estado de embriaguez pública (debido al alcohol o a otras drogas) y que, de lo contrario, serían trasladadas al servicio de urgencias o a la cárcel. Los centros de sobriedad ofrecen a estas personas, sobre todo a las que carecen de vivienda o viven en situaciones inestables, un entorno seguro y de apoyo para recuperar la sobriedad. Criterios de elegibilidad:



- 1) Ser mayor de 18 años
- 2) Estado de embriaguez pero consciente, colaborador, capaz de caminar, no violento y sin ninguna situación médica urgente
- 3) De lo contrario sería trasladado a una sala de emergencias o a una cárcel, y
- 4) Se presenta a una sala de emergencias y es apropiado que se le traslade a un centro de sobriedad.

Servicios de relevo: Se prestan a los cuidadores de los participantes que requieren supervisión temporal intermitente. Los servicios se prestan a corto plazo debido a la ausencia o necesidad de relevo de las personas que normalmente las cuidan o supervisan y no son de carácter médico.
Criterios de elegibilidad:

- 1) Vivir en la comunidad y
- 2) Tener dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria

Servicios de cuidado personal y servicios domésticos: Este servicio se presta a personas que necesitan ayuda con las Actividades de la Vida Diaria (*Activities of Daily Living, ADL*), como bañarse, vestirse, ir al baño, deambular o alimentarse. Los servicios de atención personal también pueden incluir ayuda con las actividades esenciales de la vida diaria (*Instrumental Activities of Daily Living, IADL*), como la preparación de comidas, la compra de comestibles y la administración del dinero.

Criterios de elegibilidad:

- 1) En riesgo de hospitalización o institucionalización en un centro de enfermería, O
- 2) Tiene déficits funcionales y carece de otro sistema de apoyo adecuado,

Alquiler de transición: Este apoyo proporciona hasta seis meses de asistencia para el alquiler a los Miembros que carecen de vivienda o corren el riesgo de perderla y tienen ciertos factores de riesgo clínicos.

- 1) Debe cumplir con los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental (SMHS) de Medi-Cal; cumple con los criterios para Medi-Cal de Medicamentos (DMC) o el Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC- ODS).
- 2) Carece de vivienda o corre el riesgo de perderla.

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.



F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (*California Community Transitions, CCT*) se vale de las organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han permanecido en un centro para pacientes hospitalizados, por al menos 60 días consecutivos, a reintegrarse y permanecer a salvo en un entorno comunitario. El programa de CCT patrocina servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y 365 días después, para ayudar a los beneficiarios elegibles a mudarse de nuevo a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización de CCT que preste servicios en el condado donde usted vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones de CCT y los condados donde prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica, 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 que se indican 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 obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición fuera de CCT, debe llamar a su coordinador de atención médica para pedir el servicio. La atención de transición que no sea del CCT es atención que **no** está relacionada con su transición de una institución o centro.

F2. Programa Dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal. Se puede encontrar más información en el sitio web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios tales como:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- Restauraciones y coronas
- Terapia de conducto radicular (endodoncia)
- Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y realineamientos



Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en el Programa Dental de Medi-Cal o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte 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 de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de 8am a 5pm de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org/ para obtener más información.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El programa IHSS ayudará a pagar por los servicios que se le presten para que pueda permanecer a salvo en su propio domicilio. Los IHSS se consideran una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como un Centro de Cuidados para Adultos Mayores o centros de alojamiento y cuidados.

Para recibir estos servicios, antes se lleva a cabo una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como asistencia con la evacuación intestinal y urinaria, la ducha, el aseo personal y los servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidad mental.

Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado.

Condado de Riverside:

1-888-960-4477

De lunes-viernes,
de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

Condado de San Bernardino:

1-888-960-4477

De lunes-viernes,
de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.

F4. 1915(c) Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Exención de vida asistida (ALW)

- La exención de vida asistida (*Assisted Living Waiver, ALW*) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno similar al hogar y la comunidad, o evitar las admisiones en centros de enfermería especializada de los beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.



- Los miembros que están inscritos en la ALW y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la ALW mientras reciben también los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención Médica de ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Actualmente la ALW sólo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la ALW. Agencia de Coordinación de Atención Médica de ALW – Instituto sobre el Envejecimiento (415) 750-4111.

Exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para las personas de California con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención del SDP, que brindan servicios a personas a las que se les diagnosticó una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en una institución de salud autorizada. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención médica puede ayudarle a comunicarse con los servicios de exención por DD.

Exención de la Alternativa Basada en la Comunidad y el Hogar (HCBA)

- La exención de la Alternativa Basada en la Comunidad y el Hogar (*Home and Community-Based Alternative, HCBA*) brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de colocación en instituciones o en centros de cuidado para adultos mayores. Los servicios de gestión de la atención son proporcionados por un equipo multidisciplinario de administración de la atención compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (como servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de gestión de la atención y exención se brindan en la residencia basada en la comunidad del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, obtenida a través de un acuerdo de arrendamiento del inquilino, o la residencia de un miembro de la familia del participante.



- Los miembros que están inscritos en la exención del HCBA pueden permanecer inscritos en la exención del HCBA mientras están recibiendo los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la exención de HCBA. Agencia de Coordinación de Atención Médica de ALW – Instituto sobre el Envejecimiento (415) 750-4111

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como una alternativa a los cuidados provistos por un centro de enfermería o la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en una enfermera registrada y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención a fin de mantener al participante en su hogar y en la comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y en la comunidad para personas con VIH que de otro modo podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la gestión de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud conductual/comportamiento, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la redundancia de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención del MCWP y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención del MCWP mientras están recibiendo los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención del MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MCWP. Desert Aids Project en el (760) 323-2118.

Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (*Multipurpose Senior Services Program, MSSP*) brinda servicios de gestión de la atención médica y social para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, el MSSP proporciona coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para prevenir o retrasar que se les interne en una institución.



Total anual combinado El costo total anual combinado de la gestión de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir estos cuidados en un centro de enfermería especializada.

- Un equipo de profesionales de servicios de salud y sociales brinda a cada participante del MSSP una evaluación de salud y psicosocial completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo colabora con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para elaborar un plan de cuidado individualizado. Los servicios incluyen:
 - Administración de atención médica
 - Cuidado de adultos durante el día
 - Mantenimiento/reparaciones menores de vivienda
 - Servicios suplementarios a domicilio de supervisión protectora, cuidado personal y tareas del hogar
 - Servicios de relevo
 - Servicios de transporte
 - Servicios de consejeros y terapeutas
 - Servicios de comidas
 - Servicios de comunicación
- Los miembros que están inscritos en la exención del MSSP y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención del MSSP mientras están recibiendo los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MSSP.

Condado de Riverside:

MSSP (877) 932-4100

Condado de San Bernardino:

MSSP (877) 565-2020

F5. Servicios de salud conductual del condado prestados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias)

Usted tiene acceso a los servicios de salud del comportamiento médica mente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por la atención médica administrada por Medicare. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios por trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud del comportamiento del condado.



Los servicios especializados de salud mental 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 especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios intensivos para tratamiento diurnos
- Rehabilitación diurna
- Servicios de intervención en crisis
- Servicios de estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios de instalaciones de atención médica psiquiátricas
- Servicios de hospitalización psiquiátrica
- Administración de casos específicos
- Servicios de apoyo entre iguales
- Servicios móviles de intervención en casos de crisis basados en la comunidad
- Servicios terapéuticos de comportamiento/conductuales
- Cuidado de crianza temporal terapéutico
- Coordinación de cuidados intensivos
- Servicios intensivos domiciliarios
- Reintegro a la sociedad relacionado con la justicia
- Tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment, ACT*)
- Tratamiento comunitario asertivo forense (*forensic assertive community treatment, FACT*)
- Atención especializada coordinada (*coordinated specialty care, CSC*) para primer episodio de psicosis (*first episode psychosis, FEP*)



- Servicios de sede de un club
- Servicios de trabajadores sociales de la comunidad (*community health worker, CHW*) mejorados

Los servicios del Sistema que Organiza la Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud mental de su condado si cumple los criterios para recibir estos servicios.

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Tratamiento residencial perinatal de trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de tratamiento ambulatorio
- Programa de tratamiento por estupefacientes
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de apoyo entre iguales
- Servicios móviles comunitarios de intervención en crisis

Servicios del sistema que organiza la entrega de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio
- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios de tratamiento de la abstinencia
- Programa de tratamiento por estupefacientes
- Servicios de recuperación
- Coordinación de cuidados
- Servicios de apoyo entre iguales



- Servicios móviles comunitarios de intervención en crisis
- Servicios de gestión de contingencias
- Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si es elegible.

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Sistema de Salud de la Universidad de Riverside – Behavioral Health and San Bernardino County Department of Behavioral Health.

En el Condado de Riverside:

Sistema de Salud de la
Universidad de Riverside -
Salud Conductual:

1-800-499-3008

En el Condado de San Bernardino:

Unidad de Acceso del
Departamento de Salud
Conductual:

1-888-743-1478

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

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos de nuestro plan. «Excluidos» significa que el plan no pagará por dichos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagan.

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 indican en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para Miembros*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará 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 este *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 ni médicalemente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que se indiquen como servicios cubiertos.



- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información, sobre los estudios de investigación clínica. Los artículos y tratamientos experimentales son aquellos que en general no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicaamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicaamente necesario.
- Servicios privados de enfermería.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cuotas que se le hayan cargado a un familiar directo o a miembros de su hogar.
- Comidas que se entreguen en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicaamente necesarios.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo con una deformidad. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para darle la misma forma.
- Atención quiropráctica distinta a la manipulación manual de la columna conforme a las pautas de cobertura.
- Atención de rutina de los pies, excepto lo que se describe en Servicios de podiatría en la **Sección D** de la Tabla de beneficios.
- Calzado ortopédico, 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.
- Queratotomía radial, cirugía con LASIK y otros accesorios para la vista reducida.



- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de preservación de la fertilidad y concepción por medios artificiales. Servicios como fertilización in vitro, transferencias intratubáricas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intratubáricas de gametos (excepto inseminación artificial y servicios relacionados cubiertos por Medicare)
- Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (*Veterans Affairs, 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 seguirá siendo responsable por las cantidades de costos compartidos.
- Modificaciones en la vivienda o en el automóvil
- Servicios no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos No cubrimos medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos ni otros servicios que por ley requieran la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ser vendidos en EE.UU., pero que no estén aprobados por la FDA.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. 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 este *Manual para Miembros* describe lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual para Miembros.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos suelen incluir 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 la 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 del **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** “Si está en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare”.

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 pedir a un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta medicamentos) que le emita las recetas médicas, las cuales deben ser válidas según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria le 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 Medi-Cal.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos con receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). También puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento con receta debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).



- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si le concedemos 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 con receta se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) o justificado por ciertas referencias médicas. Es posible que su profesional que receta medicamentos pueda ayudarle a identificar referencias médicas para justificar el uso solicitado del medicamento con receta.

Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	140
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	140
A2. Uso de su Tarjeta de Identificación para Miembros al surtir una receta.....	140
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red.....	140
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	141
A5. Uso de una farmacia especializada	141
A6. Uso de servicios de envío por correo para obtener sus medicamentos	141
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos.....	143
A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan.....	143
A9. Reembolso de pago por una receta.....	143
B. Lista de Medicamentos de nuestro plan	144
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	144
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	144
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	145
B4. Niveles de costo compartido de la <i>Lista de medicamentos</i>	146

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

C.	Limitaciones de algunos medicamentos	Error! Bookmark not defined.
D.	Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	148
D1.	Obtener un suministro temporal	149
D2.	Solicitar un suministro temporal	150
D3.	Solicitar una excepción	150
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	151
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	153
F1.	En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.....	153
F2.	En un centro de cuidados a largo plazo	153
F3.	En un programa del centro para enfermos terminales certificado por Medicare.....	153
G.	Programas de seguridad y administración de medicamentos	154
G1.	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	154
G2.	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	154
G3.	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura	155



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. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención.

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación para Miembros al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de Identificación para Miembros** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que tenga que pagar a la farmacia un copago cuando recoja su medicamento.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (*Benefits Identification Card, BIC*) para tener acceso a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su Tarjeta de Identificación para Miembros o BIC con usted cuando surta su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos por nuestro costo compartido. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible por ayudarle.

- Para pedirnos que le reembolsemos, consulte el **Capítulo 7** de este *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 puede 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.



A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros o a 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 una residencia para adultos mayores.
 - 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 cuidados a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para tener acceso a sus medicamentos en un centro de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias de un proveedor de atención médica indígena (*Indian Health Care Provider, IHCP*) Los miembros nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a las farmacias de un proveedor de atención médica indígena (IHCP) siempre y cuando tengan una farmacia minorista inscrita. Si no es nativo americano o nativo de Alaska, puede recibir los servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica o en caso de una emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir raramente).
- Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención.

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 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.



Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de envío e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame 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 7 a 10 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. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

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

2. Nuevas recetas 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/dosis, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o demorar el pedido antes de que le facturen y se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique 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 recibir a tiempo su próximo pedido.

Infórmeme a la farmacia las mejores formas de contacto 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 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 que están en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 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 su coordinador de cuidado de salud o 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 recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su coordinador de cuidado de salud o Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

Pagamos los medicamentos con receta 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 de su bolsillo los medicamentos que obtenga 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 catástrofe 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 por sus medicamentos.

A9. Reembolso de pago por una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en vez de un copago cuando reciba su medicamento con receta. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos por nuestro costo compartido.

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 reembolse 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 acerca de esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org



B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “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 describe 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 la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos con 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 atención al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (*Beneficiary Identification Card, B/C*) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos de los productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para saber las definiciones de los tipos de medicamentos que puede haber en la *Lista de Medicamentos*.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

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

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.iehp.org. La *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.



- Llamar a su coordinador de atención médica o 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.
- Usar nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” en <https://members.iehp.org/App/Account/Login> para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* y obtener un cálculo estimado de lo que usted pagará y si hay una alternativa para el medicamento en la *Lista de Medicamentos* que pueda tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de cuidado de salud o a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir dichos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.

Nuestro plan no paga los tipos de 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 este *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 de Medicare) 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 forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos 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 justificado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su doctor u otro proveedor 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 recetados para un uso no indicado en la etiqueta

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

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado*
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios realizados únicamente por ellos

*Es posible que Medi-Cal cubra los productos seleccionados. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de los 6 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca registrada, genéricos o de venta al público sin receta). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento.

Nivel 1: incluye medicamentos genéricos preferidos y no tiene costos compartidos.

Nivel 2: incluye medicamentos genéricos y algunos de marca. Su costo compartido dependerá de la cantidad de Ayuda Adicional que reciba.

Nivel 3: incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. Su costo compartido dependerá de la cantidad de Ayuda Adicional que reciba.

Nivel 4: incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos. Su costo compartido dependerá de la cantidad de Ayuda Adicional que reciba.

Nivel 5: incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Su costo compartido dependerá de la cantidad de Ayuda Adicional que reciba.

Nivel 6: incluye medicamentos de atención médica seleccionados y no tiene costos compartidos.

Para averiguar a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* describe la cantidad que usted paga por los medicamentos de cada nivel.

C. Limitaciones de algunos medicamentos

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Para ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, cantidad/dosis o forma de administración del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

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 decírnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, soliciten 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 9** de este *Manual para Miembros*.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o producto biológico original cuando, respectivamente, hay disponible una versión genérica o biosimilar o intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y, generalmente, cuesta menos. En la mayoría de los casos, **o si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionan la versión genérica o biosimilar intercambiable.**

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor describió las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca registrada o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que emite la receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Este paso se denomina autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página o visite nuestro sitio web en www.iehp.org para obtener más información sobre la autorización previa.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



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, entonces cubrimos el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de página o visite nuestro sitio web en <https://www.iehp.org/en/member-materials> para obtener más información acerca de la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día para un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte 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 cobertura basada en alguna de las razones antes mencionadas, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

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 usted 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. Es posible que un medicamento sea nuevo y aún no lo hayamos 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 el profesional que emite la receta deseen solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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
- Ahora está limitado de alguna manera

2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:

- Usted 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 del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red
 - Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para prevenir el desperdicio
- Usted 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 del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para prevenir el desperdicio.



- Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro médico de cuidados a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubrimos un único suministro de 31 días, salvo que su medicamento con receta sea 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.

D2. Solicitar un suministro temporal

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.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los 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 usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

D3. Solicitar una excepción

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

- Le informaremos 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.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración justificante del profesional que emite la receta).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio surta efecto.



Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica.

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 se requiere o no la aprobación previa (PA) 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).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. 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 que ya está en nuestra *Lista de Medicamentos*, o
- Se nos comunique que un medicamento no es seguro, o
- Se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

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

- Consultar nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.iehp.org o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que figura a pie de página para consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de Medicamentos* que le afecten durante el año del plan

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* ocurrirán de **inmediato**. Por ejemplo:

Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original que existe en la *Lista de Medicamentos* ahora. Cuando esto ocurre, tal vez podamos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento 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 del cambio antes de hacerlo, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que se haya producido.
- Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” a estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Por favor consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.

En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos eliminarlo de inmediato de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Si usted se ve afectado por este cambio, se le indicará que deje de usar el medicamento inmediatamente y que lo devuelva a su farmacia. También se le indicará cómo recibir un nuevo suministro de medicamentos. Los Miembros pueden llamar a Servicios para Miembros de IEHP si tienen alguna pregunta sobre la eliminación de medicamentos que se descubrieron como inseguros o que se han retirado del mercado.

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.

Cuando ocurran estos cambios, nosotros:

- Le informaremos 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 hablarlo con su médico u otro proveedor que emita sus recetas. 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 continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma ahora, que no se describen con anterioridad y 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 dicho medicamento **durante el resto del año**.



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

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Tendrá que consultar la *Lista de Medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si le ingresan en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos 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.

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

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo, como una residencia para adultos mayores, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si pertenece a nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo pertenece a nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa del centro para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requiera determinados medicamentos (p. ej., un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que su centro para enfermos terminales no cubra porque no están relacionados con su pronóstico y enfermedad terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite la 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 del centro para enfermos terminales o profesional que emite la receta que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



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

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

G. Programas de seguridad y administración de medicamentos

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

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

- Puede que no sean necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- 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
- Puede haber un error en la cantidad (dosificación)
- Tienen cantidades (dosis) no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso o toma de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. 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 es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán 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 con y sin receta médica

Luego le proporcionarán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos del mejor modo
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma, cuándo los toma y por qué los toma
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas

Es una buena idea hablar con el profesional que emite la receta 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 la salud.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos (MTM) son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y le sacaremos.

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

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (*Drug Management Program, DMP*).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con los profesionales que le escriben las recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicalemente necesario. Con la ayuda de los profesionales que escriben sus recetas, si determinamos que el uso que usted hace de los opioides o medicamentos de benzodiazepinas recetados no es muy seguro, podemos limitar su acceso a ellos. Si lo colocamos en nuestro programa DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Pedirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de una determinada farmacia o farmacias
- Pedirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado profesional o profesionales
- Limitar la cantidad de estos medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Si planeamos limitar la manera en que usted recibe estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales le escriben las recetas o qué farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y el profesional que le receta medicamentos pueden presentar una apelación. Si usted apela, revisaremos su caso y le brindaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando 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 (*Independent Review Organization, IRO*). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de este *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 en un centro para enfermos terminales, paliativos o de final de la vida, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.



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

Introducción

Este capítulo le informa acerca de lo que paga por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, y

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Nosotros le enviamos un folleto 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 de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”.

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

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*

Para obtener más información sobre medicamentos, puede consultar lo siguiente:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A la que también llamamos “*Lista de Medicamentos*”. En ella describimos:
 - Qué medicamentos pagamos
 - A qué nivel de los 6 pertenece cada medicamento
 - Si hay limitación en los medicamentos
 - 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 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 atención al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando vaya a buscar sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También informa de qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de los medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que aparece es un cálculo estimado de los gastos de bolsillo que cabe esperar que usted pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros.
- 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información acerca de las farmacias de la red.



Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	160
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	161
C. Etapas de Pago de Medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare	162
C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costo compartido	163
C2. Sus opciones de farmacia	163
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	164
C4. Lo que usted paga	164
D. Etapa 1 Etapa de Cobertura Inicial.....	167
D1. Sus opciones de farmacia	167
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	167
D3. Lo que usted paga	168
D4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial.....	170
E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica	171
F. Costo de sus medicamentos si su médico receta menos de un suministro de un mes completo.....	171
G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	171
G1. Lo que debe saber antes de vacunarse	172
G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	172



A. La *Explicación de Beneficios (EOB)*

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de lo que paga cuando recibe medicamentos con receta de la farmacia. Seguimos dos tipos de costos:

- **Los gastos directos de su bolsillo.** Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicios médicos para la comunidad nativo americana, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs*).
- **Sus costos totales de medicamentos.** Es el total de pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Puede hablar con el profesional que le receta medicamentos sobre estas opciones de menor costo.

La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen le indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Aquí constan los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios de precio del medicamento desde el primer surtido para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, describe la información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de gastos directos de su bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos 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 (www.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:

1. Use su Tarjeta de Identificación para Miembros.

Muestre su Tarjeta de Identificación para Miembros 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.

Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Consulte la Sección A del Capítulo 7 para obtener más detalles sobre cómo pedirnos que le reembolsemos por el pago. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos proporcionarnos 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 por el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales

Para obtener más información acerca de cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte por el pago de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

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

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drugs Assistance Program, ADAP*), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para una cobertura catastrófica. Cuando alcance la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan paga por todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.



4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Compró medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.iehp.org.

¿Qué sucede si hay un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número confidencial gratuito 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un comprobante importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de Pago de Medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. La cantidad que usted debe pagar depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o resurtir una receta. Estas son las dos etapas:



Etapa 1 Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica
<p>Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga por su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> <p>Comienza esta etapa cuando usted ha pagado una cierta cantidad de gastos directos de su bolsillo.</p>

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costo compartido

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor es el número de nivel, mayor es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos en el Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga \$0.00 por los medicamentos en este nivel.
- Los niveles 2 a 5 incluyen medicamentos genéricos y de marca. El copago es de \$0.00 a \$5.10 para medicamentos genéricos y de \$0.00 a \$12.65 para medicamentos de marca. Su copago se basará en la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba.
- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos especializados. Se trata de medicamentos de mantenimiento que son necesarios para tratar enfermedades crónicas (como la diabetes). Usted paga \$0.00 por los medicamentos de este nivel.

Consulte el LIS Rider para conocer el copago de medicamentos que se le aplica. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura a pie de página para recibir asistencia.

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 este *Manual para Miembros* a fin de saber cuándo lo hacemos
- El servicio de pedido por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para saber cómo presentar una apelación si le informan de que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.



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

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es para un máximo de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias 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.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para verificar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos 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.

Su parte del costo cuando recibe un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento 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 100 días	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Esta sección continúa en la página siguiente.



	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 100 días	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.
Costo compartido Nivel 3 (medicamentos de marca)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.

Esta sección continúa en la página siguiente.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org

	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 100 días	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.
Costo compartido Nivel 5 (medicamentos especializados)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 El copago varía según la cantidad de “Ayuda Adicional” que reciba y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca.
Costo compartido Nivel 6 (medicamentos selectos)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org



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

D. Etapa 1 Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga por su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido al que pertenezca el medicamento y dónde lo compra.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan pertenece a uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor es el número de nivel, mayor es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos en el Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga \$0.00 por los medicamentos de este nivel.
- Los medicamentos de Nivel 2 a 5 incluyen medicamentos genéricos y de marca. La cantidad de copago varía de \$0.00 a \$5.10 por medicamentos genéricos y de \$0.00 a \$12.65 por medicamentos de marca.
- Los medicamentos del Nivel 6 son medicamentos especializados. Usted paga \$0.00 por los medicamentos de este nivel.

D1. Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia de venta al por menor 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 este *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- El servicio de pedido por correo de nuestro plan.

Para saber más sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.



D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, usted puede pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para verificar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

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

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedido por correo de nuestro plan Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 1 <i>(medicamentos genéricos preferidos)</i>	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Costo compartido Nivel 2 <i>(medicamentos genéricos)</i>	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca

Esta sección continúa en la página siguiente.



	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedido correo de nuestro plan Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 3 (medicamentos de marca)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca
Costo compartido Nivel 4 (medicamento no preferido)	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca

Esta sección continúa en la página siguiente.



	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 100 días	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para más detalles en este <i>Manual para Miembros</i> .
Costo compartido Nivel 5 <i>(medicamentos especializados)</i>	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca	\$0.00, \$1.60, \$4.90, \$5.10, \$12.65 Los copagos varían dependiendo de la cantidad de “Ayuda Adicional” que usted recibe y si el medicamento es un medicamento genérico o de marca
Costo compartido Nivel 6 <i>(medicamentos selectos)</i>	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los costos totales de su bolsillo llegan a \$2,100. Llegado ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Su EOB le ayuda a llevar las cuentas de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.



E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica

Cuando usted alcanza el límite de \$2,100 en gastos de su bolsillo por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica, durante la cual usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Usted permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Costo de sus medicamentos si su médico receta menos de un suministro de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos de un mes de suministro de medicamentos.

- Puede haber momentos en que desee consultar a su médico sobre cómo recetar un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de todo el mes por ciertos medicamentos.

Cuando usted recibe un suministro de menos de un mes de un medicamento, la cantidad que paga se basa en el número de días de suministro del medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa de costo compartido diaria”) y la multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

- Véase un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de \$1.60. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, por un pago total inferior a \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento sea adecuado para usted antes de pagar el suministro de todo un mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de menos de un mes completo de un medicamento para ayudarle a:
 - Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos
 - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que usted toma, y
 - Tener que desplazarse menos veces a la farmacia

G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Hay otras vacunas que se consideran

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org



Medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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**.
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 médico.

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si tiene previsto vacunarse.

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicar su parte del costo.
- Podemos indicarle cómo mantener ahorrarse gastos si recurre a 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 costos por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para saber más acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de este *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. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (**Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP**), entonces la vacuna no le costará nada.

Aquí figuran las tres formas más comunes de obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y su vacuna en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no debe pagar nada **o** un copago por la vacuna.



2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le pone la vacuna.
 - Usted no paga nada **o** un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de ponerle la vacuna.
 - El consultorio médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepa que usted no tiene que pagar nada **o** un copago de la vacuna.
3. Recibe el medicamento para la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le pongan la vacuna.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no debe pagar nada **o** un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga por el costo de ponerle la vacuna.



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

Introducción

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

Índice

A.	Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	175
B.	Cómo enviarnos una solicitud de pago	179
C.	Decisiones de cobertura	179
D.	Apelaciones.....	180



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

No permitimos que los proveedores de IEHP DualChoice le facturen por estos servicios o medicamentos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura completa 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 más de su parte del costo, tiene derecho a que se le reembolse.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, es posible que reúna los requisitos para que le reembolsemos (le devolvamos el dinero) si cumple todas las condiciones siguientes:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal del que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por IEHP DualChoice.
 - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de IEHP DualChoice.
 - Usted solicita el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Usted proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal dentro de la red de IEHP DualChoice. No necesita cumplir esta condición si recibió cuidados de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red lo lleven a cabo sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), usted necesita presentar un comprobante del proveedor que demuestre la necesidad médica del servicio cubierto.
- IEHP DualChoice le dirá si le reembolsará en una carta llamada Aviso de acción. Si usted cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal deberá reembolsarle por el importe total que usted pagó. Si el proveedor se niega a reembolsarle, IEHP DualChoice le reembolsará por el importe total que usted pagó. Le reembolsaremos en un plazo de 45 días hábiles a partir de recibir el reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no pertenece a nuestra red y se niega a reembolsarle, IEHP DualChoice le

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org



reembolsará, pero solo hasta la cantidad que pagaría por Tarifa por Servicio (FFS) de Medi-Cal. IEHP DualChoice le reembolsará por el importe total de gastos de bolsillo directos por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que le presten por parte de proveedores fuera de la red sin necesidad de obtener una aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le reembolsaremos.

- No le reembolsaremos si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
 - Este servicio no es un servicio cubierto por IEHP DualChoice.
 - Usted fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que dice que usted quiere ser atendido de todos modos y que pagará por los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, le informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. 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 reembolsemos o que paguemos por una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidados de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Solicítale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el importe total cuando recibe los cuidados, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho.
- 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 hecho.
 - Si hay que pagar al proveedor, nosotros lo haremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto debe y le reembolsaremos por nuestra parte del costo.



2. Cuando un proveedor de red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando obtenga cualquier servicio o medicamento con receta. Sin embargo, a veces, los proveedores de la red cometan errores y le piden que pague por los servicios o que pague más de lo que le corresponde. **Llame a Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica al número que figura a pie de página si recibe una factura.**

- Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos a los proveedores que le cobren más de esta cantidad. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Aunque decidamos no pagar algunos cargos, usted no es responsable del pago.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debe pagar, 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 por servicios cubiertos por Medicare, y considera que pagó de más, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por la diferencia entre el importe que usted pagó y la cantidad que usted debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente a nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si su inscripción es retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que se la devolvamos.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho.

4. 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 medicamento con receta.

- Solo en unos pocos casos, cubrimos recetas surtidas por 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 este *Manual para Miembros* a fin de obtener más información.



- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento de la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de la Parte D de Medicare de la receta porque no tiene su Tarjeta de Identificación para Miembros con usted

Si no tiene su Tarjeta de Identificación para Miembros 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 del medicamento con receta o regresar a la farmacia con su Tarjeta de Identificación para Miembros.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte.
- Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de la Parte D de Medicare 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 del que usted no está informado o que no cree que se aplique en su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que le recete un medicamento creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información por parte de su médico u otro profesional autorizado que escriba recetas médicas para reembolsarle nuestra parte por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento.

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



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

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado o bien llámenos. 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 tener constancia de ellos.** Debe enviarnos su información en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a este domicilio:

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

También puede llamarnos para solicitar el pago. Por favor, 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.

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.

- Le comunicaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que el servicio, artículo o medicamento debe estar cubierto, pagamos por la parte que nos corresponde del costo total. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque con la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* se explica las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el Capítulo 5 de este *Manual para Miembros* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.



- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos 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, quejas]).

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar 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 acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

- Para presentar una apelación acerca del reembolso de un servicio de cuidados médicos, consulte la Sección F (Cuidados médicos).
Sección F, “Cuidados médicos”
- Para presentar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G** (Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare).



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 clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de manera que satisfaga sus necesidades	182
B. Nuestra responsabilidad para que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	186
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	187
C1. Cómo protegemos su PHI	188
C2. Su derecho a ver sus registros médicos.....	188
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información.....	189
E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente	190
F. Su derecho a cancelar nuestro plan	190
G. Su derecho a tomar decisiones acerca del cuidado de su salud	190
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	190
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda, si usted no puede tomar decisiones sobre sus cuidados médicos	191
G3. Qué hacer si no se sigue su voluntad	192
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	192
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	193
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	193



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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para quienes tienen una competencia limitada del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o quienes tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera comprensible, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene un servicio gratuito de intérpretes disponibles a responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también tiene a su disposición materiales en idiomas distintos al inglés, incluyendo el español, chino y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille, audio, y otros formatos electrónicos y otros formatos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, por favor llame a Servicios para Miembros o escriba a:

IEHP DualChoice

PO Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

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

- Para recibir materiales en idiomas distintos del inglés o en un formato alternativo, puede llamar 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. También puede acceder al Portal para Miembros si desea modificar una solicitud permanente.
- Cuando se presenta una solicitud permanente para recibir los materiales en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, a partir de ese momento toda la correspondencia y todas las comunicaciones se recibirán en ese formato, a menos que el Miembro solicite hacer un cambio.
- Para solicitar un cambio, puede llamar 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. También puede acceder al Portal para Miembros para modificar una solicitud permanente.

Si tiene dificultades obteniendo 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). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- 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.

Debemos asegurarnos de que se le brinden **todos** los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, de una manera competente y accesible a nivel cultural, incluso para las personas con conocimientos limitados del inglés, capacidad limitada de lectura o deficiencias auditivas, o de diversos orígenes culturales y étnicos. Tenemos también la obligación de avisarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que comprensible, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, que incluyen español, chino y vietnamita, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros 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).

Para solicitar recibir los materiales en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Una vez realizada una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos del inglés o en un formato alternativo, todos los futuros correos y comunicaciones se recibirán en ese formato, a menos que el miembro solicite un cambio.

Para solicitar un cambio a los materiales recibidos en idiomas o formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. El portal para miembros también puede utilizarse para modificar las solicitudes permanentes.



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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights al 1-800- 368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697.

我们必须确保以文化上适当且无障碍的方式向您提供所有临床和非临床服务，包括针对那些英语水平有限、阅读能力有限、有听力障碍或具有不同文化和种族背景的人。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利和您享有的权利。在您参保我们计划期间，每一年我们都必须告知您所享有的权利。

- 如需以您能理解的方式获取信息，请致电会员服务部。我们的计划提供免费的口译员服务，可以用不同的语言回答问题。
- 我们的计划还可为您提供使用除英语以外其他语言的材料，包括西班牙语、中文和越南语，并且能以大字体、盲文或音频等格式提供。要获取这些任一替代格式的材料，请致电会员服务部或写信至：

IEHP DualChoice
P.O. Box 4259
Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

电话号码：1-877-273-IEHP (4347) (TTY 专线使用者请致电：1-800-718-4347)。

如需要求接收除英语以外的其他语言或替代格式的材料，您可以致电 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括节假日），上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间）。TTY 专线使用者请致电 1-800-718-4347。

一旦提出接收除英语以外的其他语言或替代格式的材料的长期要求，所有未来的邮件和通信都将以此格式接收，除非会员要求更改。

如需要求更改以替代语言或格式接收材料，请致电 IEHP DualChoice 会员服务部，电话：1-877-273-IEHP (4347)，服务时间为每周 7 天（包括节假日），上午 8 点至晚上 8 点（太平洋标准时间）。TTY 专线使用者请致电 1-800-718-4347。也可使用会员门户网站更改长期要求。

如果您因语言问题或残障的原因，而在获取我们计划的信息时遇到困难，并想要提出投诉，请致电：

- Medicare, 电话: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 专线使用者请致电 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民权办公室, 电话: 916-440-7370。TTY 专线使用者请致电 711。
- 美国卫生与公众服务部民权办公室, 电话: 1-800-368-1019。TTY 专线使用者请致电 1-800-537-7697。

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không liên quan đến lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải thông báo cho quý vị về các phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Trung Quốc và tiếng Việt ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc bằng âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư tới:

Chương trình IEHP DualChoice
P.O. Box 4259
Rancho Cucamonga, CA 91729-4259
Điện thoại: 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

Để yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên Chương Trình IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Mùi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-718-4347.

Khi có yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế, tất cả thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai sẽ được nhận theo định dạng này, trừ khi Hội viên yêu cầu thay đổi.

Để yêu cầu thay đổi tài liệu nhận được bằng ngôn ngữ hoặc định dạng thay thế khác, vui lòng gọi đến Ban Dịch Vụ Hội Viên Chương Trình IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Mùi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-718-4347. Cổng Thông Tin Hội Viên cũng có thể được sử dụng để sửa đổi các yêu cầu cố định.



Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad para que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan usted tiene derechos.

- 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 este *Manual para Miembros*.
 - Llame a su coordinador de atención médica o 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 médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su PCP para atenderse con un proveedor que no es su PCP. **No** exigimos que usted reciba referencias.
- 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 recibir servicios de emergencia o urgencia sin necesidad de obtener una aprobación previa (PA).
- 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 acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *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 acerca de cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de este *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 este *Manual para Miembros* se le informa acerca de 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 expedientes médicos y otra información médica y de salud.

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

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 los cuidados. IEHP DualChoice acomodará 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.



Puede solicitar que la información relativa a los servicios confidenciales* se dirija a su dirección postal designada o, en ausencia de una designación, a su nombre en la dirección o número de teléfono que nos consta en nuestros registros. IEHP DualChoice solo utilizará números de teléfono o correo electrónico para el seguimiento de los miembros si es necesario con respecto a un formulario presentado. Los miembros pueden solicitar y llenar un formulario llamado formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidencial (Confidential Communications Request, CCR). El CCR también se puede descargar/encontrar en el sitio web de IEHP en www.iehp.org. Tenga en cuenta que IEHP procesará el formulario CCR en un plazo de 7 días consecutivos a partir de recibir una transmisión electrónica o solicitud telefónica o a partir de 14 días consecutivos a partir de recibirla por correo postal. IEHP comunicará su acuse de recibid de la solicitud de comunicaciones confidenciales y le informaremos sobre el estado de implementación de la solicitud si se pone en contacto con nosotros.

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.
- Podemos divulgar la PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la ley de California.
- Debemos darle a Medicare su PHI, que incluye información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para una 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, colaboraremos 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 para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.



D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

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

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener el servicio de un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. Además, hay materiales escritos disponibles en español, chino y vietnamita llamando a Servicios para Miembros. También le podemos dar información en letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos.

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 cancelar 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 de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - Limitaciones de 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 este *Manual para Miembros*), incluso puede pedirnos que:
 - Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto



- Revoquemos (cambiemos) una decisión que tomamos
- Paguemos por una factura que tiene

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

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle 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 este *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a cancelar nuestro plan

Nadie puede obligarle 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 Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*.
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o de MA.
 - Para obtener información acerca de cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca del cuidado de su salud

Tiene derecho a recibir información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud para ayudarle a tomar decisiones sobre el cuidado de su 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 que implica. Debemos informarle con antelación 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 médico antes de decidirse por un tratamiento.
- **Negarse.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento con receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda responsabilidad por cualquier consecuencia.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado de su salud.** Tiene derecho a obtener una explicación por 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 le negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se describe cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda, si usted no puede tomar decisiones sobre sus cuidados médicos

A veces, las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre sus cuidados médicos. Antes de encontrarse en esta situación, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito que le **otorgue a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidados médicos en su nombre** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su cuidado de salud si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “manifestación anticipada de voluntad”. Hay diferentes tipos de manifestaciones anticipadas de voluntad y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial relativo al cuidado de salud.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen estos formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para pedir los formularios.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de confianza, como un pariente o su PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan estar al corriente.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o parientes. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene una manifestación anticipada de voluntad firmada, **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 expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes sobre manifestaciones anticipadas de voluntad. IEHP DualChoice le comunicará los cambios en la ley estatal en un lapso no mayor de 90 días después del cambio.

Por ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarte si ha firmado o no una manifestación de voluntad anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se sigue su voluntad

Si usted firmó una manifestación anticipada de voluntad, y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de California de Servicios Sociales de California: Department of Social Services State Hearing Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, 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 este *Manual para Miembros* se le informa de 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 le tratamos injustamente, y **no** se debe a un caso de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual para Miembros*, o si desea obtener más información acerca de sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2** (*Números de teléfono y recursos importantes*).
- El Ombudsman de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para más detalles acerca de este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/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 este *Manual para Miembros*** a fin de saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*. Estos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y otros proveedores de cuidado de salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidados de salud a brindarle el mejor cuidado de salud.
 - Bríndele la información que necesitan acerca de 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 médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos 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 de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y con otros proveedores.
- **Pagar lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de IEHP DualChoice, Medi-Cal paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Este será un copago (una cantidad fija). El **Capítulo 6** explica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar por el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas]) para saber cómo presentar una apelación.
- **Díganos si se muda de domicilio**. Si tiene provisto mudarse de domicilio, infórmenoslo de inmediato. Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros* le brinda asesoramiento sobre nuestra área de servicio.



- Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
- Informe de su nuevo domicilio a Medicare y Medi-Cal cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* a fin de obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para ferroviarios).**
- **Díganos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros para que le ayuden si tiene dudas o preguntas.



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 apoyo a largo plazo, que incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (*Community-Based Adult Services, CBAS*) y servicios en centros de enfermería (*Nursing Facility, NF*).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que correspondan a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyo 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 de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 para recibir 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 ayuda con su problema. Para obtener recursos adicionales y abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con el programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud	199
A1. Acerca de los términos legales.....	199
B. Dónde obtener ayuda.....	199
B1. Para más información y ayuda	199
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan	201
D. Problemas con sus beneficios	201



E. Decisiones de cobertura y apelaciones	201
E1. Decisiones de cobertura.....	202
E2. Apelaciones.....	202
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	202
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ser de ayuda?	203
F. Cuidado médico	204
F1. Cómo usar esta sección	204
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	205
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	207
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	210
F5. Problemas de pago	216
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	218
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D	218
G2. Excepciones de la Parte D	219
G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción	221
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	221
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	224
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	226
H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital.....	228
H1. Información sobre sus derechos de Medicare	228
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	229
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	231
I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	232
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	232
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	233
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	235



J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	235
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare.....	235
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	237
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	237
K. Cómo presentar una queja	238
K1. ¿Qué tipo de problemas se consideran quejas?.....	238
K2. Quejas internas	240
K3. Quejas externas	241



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 quejas formales.

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 una queja formal”
- “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 (*Independent Review Organization, IRO*)” en lugar de “Entidad de revisión independiente (*Independent Review Entity, IRE*)”

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 Defensa sobre Seguros de Salud

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con su problema. El HICAP no está relacionado 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.



Ayuda del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas acerca de su cobertura de salud. Tal vez puedan ofrecerle ayuda jurídica/legal gratuita. El Programa de Ombudsman no está vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el 1-888-501-3077, 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:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/es).

Ayuda del Departamento de Servicios para la Atención Médica de California

El Ombudsman de Atención Médica Administrada 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 8 a.m. a 5 p.m. al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (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**. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal 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 formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una 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, las decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea para TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas auditivos y del habla.



En el sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov encontrará formularios para la presentación de quejas, solicitudes de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de cuidado administrados 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.

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.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos médicos, servicios y/o los medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas sobre el pago del cuidado médico.

Sí.	No.
<p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>Mi problema no es sobre los beneficios ni la 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 de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **cuidados médicos**.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. 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 en su nombre.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir si un servicio o medicamento no está cubierto o si Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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 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 Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviamos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de la Parte D de Medicare o un servicio o artículo de Medicaid, la carta le explicará cómo puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. 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 recurrir a otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llamando a **Servicios para Miembros** a los números que figuran a pie de página.



- **Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.**
- **El Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. 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. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Aunque el DMHC puede ayudar a las personas en los planes de Medi-Cal Administrado, no puede ayudar a las personas en los planes de Medicare solamente y en los siguientes Sistemas de Salud Organizados (*County Organized Health Systems, COHS*) del Condado: Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, y CalOptima. El gobierno federal regula Medicare y sus planes, mientras que el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de los COHS.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico 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 del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Llene 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 figuran al pie de página y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS- Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en www.iehp.org/en/browse-plans/dualchoice/important-resources. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ser de ayuda?



Hay cuatro situaciones que implican 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 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: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*.])

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de 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. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía más larga en el hospital, consulte la **Sección H**.

Esta sección explica sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* dentro de la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse diferentes reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando es el caso, explicamos cómo las reglas de los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas de los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar 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 lo 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 médico u otro proveedor de atención médica 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.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión para reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la

Sección F4.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral 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.

6. Está experimentando demoras en la atención o no puede encontrar un médico.

Lo que usted puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2.**

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura implica su cuidado médico, se denomina “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico 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

Cuando 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 en el siguiente intervalo de tiempo:

- **5 días hábiles** a partir de que recibimos su solicitud **de un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **5 días hábiles** después, sin exceder los 14 días consecutivos a partir de que recibamos su solicitud para todos los otros servicios o artículos médicos.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)

- **72 horas** a partir de que recibimos su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es **determinación acelerada**.

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 en el siguiente intervalo de tiempo:

- **72 horas** a partir de que recibimos su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de que recibimos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Está pidiendo cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago servicios o artículos médicos 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 médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, 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 también menciona que:
 - Que le brindaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su médico 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 le Negamos 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 tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3 [Cómo presentar 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 desestimará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien presenta 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 presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico 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 médico u otra persona autorizada para escribir recetas médicas 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 médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.iehp.org/en/browse-plans/dualchoice/importance-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 antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su 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 en un plazo de 65 días consecutivos a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle de 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.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Le concederemos una apelación rápida automáticamente si su médico nos menciona que su salud lo requiere. Si la solicita sin la ayuda de su médico, nosotros decidiremos si se le concede una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que mencione esto y que usaremos las fechas límites en su lugar. La carta también menciona que:
 - Automáticamente le damos una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*).

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos 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 en un plazo de 10 días consecutivos a partir de 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, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
- También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no están sujetos o dependen de su apelación) sin cambios.
- Si no apela antes de estas fechas, entonces dejará de recibir su servicio o medicamento mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le brindamos 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 respondemos que **No** (denegamos) a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Hay plazos límite para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 a partir de que recibimos de su apelación**. Le brindaremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no le brindamos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente (IRO) se encarga de revisarla posteriormente. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia del Estado de Nivel 2 con el estado usted mismo en cuanto el plazo termine. En California, una Audiencia Estatal se llama Audiencia Estatal o del Estado. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la información de su carta de resolución de apelación, en línea en www.cdss.ca.gov o por teléfono llamando al (800) 743-8525.
- **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 límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días consecutivos** a partir de recibir su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.



- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le brindaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días consecutivos** a partir de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le brindamos una respuesta antes de la fecha límite, debemos pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente (IRO) se encarga de revisarla posteriormente. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia del Estado de Nivel 2 con el estado usted mismo en cuanto el plazo termine. En California, una Audiencia Estatal se llama Audiencia Estatal o del Estado. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la información de su carta de resolución de apelación, en línea en www.cdss.ca.gov o llamando al teléfono (800) 743-8525.

Si respondemos que Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos conceder en un plazo de 30 días consecutivos a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación, o cuanto antes si su estado de salud lo requiere, y en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que cambiamos nuestra decisión, o en un plazo de 7 días consecutivos a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

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 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 presentar 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 pasaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete 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.
- 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 OIR. Además de la Apelación de Nivel 2 automática, también puede solicitar una Audiencia del Estado y una revisión médica independiente (imparcial) por parte del estado.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Sin embargo, si ya presentó una evidencia ante una Audiencia del Estado, la revisión médica independiente ya no estará disponible.

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 presentar una Apelación de Nivel 1)** para obtener información sobre cómo continuar recibiendo 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 en un plazo de 10 días consecutivos a partir de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre oficial de la Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*) es “**Entidad de revisión independiente**”, o IRE (*Independent Review Entity, IRE*).

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- 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 IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO 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 brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de recibir 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 (IRO) debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días consecutivos** a partir de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente (IRO) debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días consecutivos** a partir de recibir su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le brinda 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 **en un plazo de 72 horas** o
 - Proporcionar el servicio en un plazo de **5 días hábiles** a partir de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO), en el caso de solicitudes estándar o
 - Proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO), en el caso de solicitudes rápidas.
- **Si la IRO dice Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **En un plazo de 72 horas** a partir de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO) en el caso de **solicitudes estándar** o
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO) para las **solicitudes rápidas**.
- **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 (ALJ) 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) Departamento de Administración de Servicios Médicos (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (*Independent Medical Review, IMR*) del Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC llevará a cabo su propia investigación de su queja o decidirá si el caso reúne los requisitos para una IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de carácter médico. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no participan en nuestro plan ni están vinculados al DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos prestar el servicio o artículo que solicitó. No paga ningún costo por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- 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 en el caso de una enfermedad grave.
- Disputa si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- 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 en un plazo de 30 días consecutivos para una apelación estándar o de 72 horas para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener más información acerca de 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.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación ante nosotros antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 con el Departamento de Atención Médica Administrada, salvo que su apelación esté relacionada con un peligro inminente y grave a su salud, lo que incluye, entre otras cosas, dolor intenso, posible pérdida de la vida, extremidades o una principal función corporal.

Tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia Estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya ha presentado evidencias ante una Audiencia Estatal o ha tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo asunto.



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 conlleva 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 en un plazo de 6 meses** a partir de que le envíemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como por ejemplo, que tuvo una situación médica que le impidió solicitar la IMR en el plazo de 6 meses o no recibió una notificación adecuada por parte nuestra sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Llene el formulario de solicitud/queja de revisión médica independiente disponible en:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintFo rms.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.
- Llene el Formulario de Asistente Autorizado si alguien le está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintFo rms.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**.
- Presente la IMR/Formulario de Queja y cualquier documento adjunto al DMHC: Para presentarlo en línea:

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx>

Para presentarlo por correo postal o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241



En un plazo de 7 días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, entonces se tomará una decisión sobre la IMR en un plazo de 30 días a partir de recibir toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, por lo general se tomará una decisión sobre la IMR en un plazo de 7 días a partir de recibir toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede demorarse más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios por parte suya o del médico tratante. Si está atendiéndose con un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga los expedientes médicos de dicho médico y que nos los envíe. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus expedientes médicos de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas del consumidor. Su queja debe resolverse en un plazo de 30 días consecutivos a partir de presentarse la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia del Estado

Puede solicitar una Audiencia del 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 del Estado.

En la mayoría de los casos, **dispone de 120 días para solicitar una Audiencia del Estado** a partir de que se le envíe por correo postal el aviso “La Carta de Decisión sobre la Apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia del 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 dicho servicio mientras su Audiencia del Estado está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 16 para más información.

Hay dos formas de solicitar una Audiencia del Estado:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia del 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 al domicilio que se muestra en el aviso.
- Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- A la División de Audiencias del Estado al número de fax, 916-309-3487 o a la línea de llamada gratuita, 1-833-281-0903.
- 2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia del Estado por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La oficina de Audiencias del Estado le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias del Estado 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 **en un plazo de 72 horas** a partir de recibir su decisión.
- Si la oficina de Audiencias del Estado 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 del Estado es **No** para toda o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente (IRO)**, 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 se encarga de una apelación de nivel 3. **La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias del Estado describe la próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J (Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2)** para obtener más información acerca de 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. La única cantidad que se le debería pedir que pague es el copago por categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*. En el mismo 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 por lo general en un plazo de 30 días consecutivos, pero sin exceder los 60 días consecutivos a partir de recibir 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 el 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 presentar una Apelación de Nivel 1*). Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días consecutivos a partir de recibir su apelación.

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 (IRO). Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la Organización de Revisión Independiente (IRO) revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, tenemos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días consecutivos. 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 en un plazo de 60 días consecutivos.
- 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 pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información acerca de 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. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.



G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. 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 corresponde a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Esta sección solo corresponde a las apelaciones de medicamentos de la Parte D. Utilizaremos el término “medicamento de la Parte D” en cada ocasión. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal siga el proceso descrito en la **Sección E.**

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. Eso significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información acerca de una indicación médica 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:

- 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
 - Desestimemos 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 la tabla 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). Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4 .	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4 .	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra postura). Consulte la Sección G5 .

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 a lista de medicamentos”**.

A veces se llama pedir una **excepción de nivel** a pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos*, o

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 4.
- No puede concederse una excepción al importe 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Se debe utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca registrada.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (*Prior Authorization, PA*)”.
 - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.
- Si aceptamos una excepción para usted y reservamos una restricción, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos será su cantidad de copago requerida.

- 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 para su afección médica pertenece a un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos como cantidad de costo compartido para el medicamento alternativo. Esto reduciría la cantidad de su copago por el medicamento.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido de precio más bajo entre los medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general usted paga el importe más bajo.



G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su médico u otra persona autorizada a escribir recetas médicas debe informarnos de las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a escribir recetas médicas debe proporcionarnos un justificante que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otra persona autorizada a escribir recetas médicas 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 eficaz como el medicamento que solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido más bajos no funcionen bien para usted o probablemente causen una reacción adversa u otro perjuicio.

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 dicho 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 presentar 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 para emitir recetas médicas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) 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 escribir recetas médicas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*



- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración justificante”. La declaración justificante incluye las razones médicas de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas puede enviarnos por fax o correo la declaración justificante. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar el estado de cuenta por fax o correo.
- También puede presentar una solicitud de determinación de cobertura por vía electrónica a través del Portal Seguro para Miembros de IEHP. Si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros al número que figura a pie de página.

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 brindamos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de recibir el justificante de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de 24 horas a partir de recibir el justificante 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 otro profesional que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud dentro del plazo de decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin un justificante de su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta que indique que usaremos la fecha límite estándar. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.



- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca de cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*).

Plazos límite para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas a partir de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le brindaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas a partir de recibir el justificante de su médico. Le brindaremos 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 (IRO). Consulte la **Sección G6** (*Cómo presentar 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 concederemos la cobertura dentro de 24 horas a partir de recibir su solicitud o el justificante de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con las razones. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le brindaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de recibir el justificante de su médico. Le brindaremos 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 (IRO).
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de recibir su solicitud o el justificante de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con las razones. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días consecutivos a partir de recibir 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 (IRO).



- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos en un plazo de 14 días consecutivos.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con las razones. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar 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), escribirnos o enviarnos por fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días consecutivos** 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 escribir recetas médicas 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 brindamos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondemos que **No** a su solicitud.



- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona autorizada a escribir recetas médicas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de recibir su apelación.
 - Le brindaremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no le brindamos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6 (Cómo presentar 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 en un plazo de 72 horas a partir de recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica las razones y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos límite para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días consecutivos** a partir de recibir 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 en un plazo de 7 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6 (Cómo presentar 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 tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar a los 7 días** consecutivos a partir de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo de 30 días consecutivos** a partir de recibir su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica las razones y le indica cómo puede presentar una apelación.



- Debemos brindarle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días consecutivos** a partir de recibir su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días consecutivos, debemos pasar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6 (Cómo presentar 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 en un plazo de 30 días consecutivos a partir de recibir su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica las razones y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar 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 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 oficial de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “Entidad de revisión independiente”, a veces denominada “IRE”.

“Entidad de Revisión Independiente”, a veces llamada “IRE”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona autorizada para escribir recetas médicas 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.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del expediente de su caso, llame al 1-877-273-IEHP (4347).
- 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 presentar una Apelación de Nivel 2)** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos límite para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si aceptan una apelación rápida, deben brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de recibir 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 24 horas** a partir de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos límite para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe brindarle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días consecutivos** a partir de recibir su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **En un plazo de 14 días consecutivos** a partir 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 **en un plazo de 72 horas** a partir de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en un plazo de 30 días consecutivos a partir de recibir 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 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.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador (*attorney adjudicator, ALJ*) 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 acerca de 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 acerca de la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *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.

Si importar que haya presentado las apelaciones mencionadas en esta **Sección H**, 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** para obtener información acerca de 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.

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 en 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). 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:
 - 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.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- 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 fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dado.
- **Guarde una 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 figuran a pie de página
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-help/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicaamente adecuada para usted.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica 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 (QIO) es Commence Health Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). Llámelos al 1-877-588-1123. 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 la Mejora de la 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 la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es probable que deba pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta prevista.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para la Mejora de la Calidad no escucha su solicitud de continuar con su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, conlleva 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 Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la **Sección F4** 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 figuran a pie de página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto con la Organización para Mejora de la 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 QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta prevista. 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 el hospital y nuestro plan.
- Para el mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con la fecha de alta prevista. La carta también explica las razones por las que su médico, el hospital, y nosotros creemos que la fecha de alta es correcta ya que es médicaamente adecuada para usted.



El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso Detallado del Alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran a pie de 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 1-800-718-4347). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le brindará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le prestaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicaamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta prevista es médicaamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado terminarán al mediodía del día siguiente a que la Organización para Mejora de la Calidad le brinde la 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 Mejora de la Calidad le brinde la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista**.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días consecutivos** a partir de la fecha en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días consecutivos a partir de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



- Debemos reembolsarle nuestra cuota de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médica mente necesarios.

Si la QIO 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** 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 (*attorney adjudicador, ALJ*) 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 acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- Cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un 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 pagarla.

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.

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 de 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. Su firma **no** significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar 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 los plazos 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 figuran a pie de página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la Organización para Mejora de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2 (Cómo presentar una Apelación de Nivel 1)** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídale 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 Mejora de la Calidad si es médicaamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de la entrada en vigor del Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si la Organización para Mejora de la Calidad no escucha su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o si cree que su situación es urgente o conlleva una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja antes y solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte



la **Sección F4** 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 figuran a pie de 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 1-800-718-4347. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura. No está obligado a escribir una declaración o un justificante, 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 proporcionan su decisión antes de transcurrido un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar la parte de los costos que nos corresponde de este cuidado de salud en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con los servicios de cuidado de salud domiciliario, cuidado en un centro de enfermería especializada o 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.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org



I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días consecutivos** a partir de la fecha en que la QIO **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 QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días consecutivos a partir de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Prestaremos servicios de cobertura durante el tiempo que sea médica mente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le proporcionarán 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 atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica 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 (*attorney adjudicador, ALJ*) 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 acerca de 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-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](http://www.iehp.org)



Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto importe 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 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 prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días consecutivos a partir de recibir 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 (Consejo) revisa su apelación y le brinda una respuesta. El Consejo forma 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 prestarle el servicio en un plazo de 60 días consecutivos a partir de recibir 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 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 que **Sí** o que **No**. Esta decisión es final/definitiva. 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 del Estado le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicituds de Medicamentos de la Parte D de Medicare

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 una cierta cantidad 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 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 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 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 forma 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 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 que **Sí** o que **No**. Esta decisión es final/definitiva. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas se consideran 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.
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 atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que le están expulsado de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica 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 lenguaje 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.



Queja	Ejemplo
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	<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 “**queja formal**”.

El término legal para “realizar una queja” es “**presentar una queja formal**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su queja **en un plazo de 60 días** consecutivos a partir de haber tenido el problema.

- 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 Formales 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-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](http://www.iehp.org)



IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- Para 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 llamando 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 “queja formal acelerada”.

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 en un plazo de 30 días consecutivos. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días consecutivos 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/my/medicare-complaint. 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 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 deben 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 la Atención Médica (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 Atención Médica Administrada 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. Para asuntos que no sean urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja transcurridos 30 días consecutivos. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja relacionada con un problema urgente o una que conlleve una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene 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 consecutivos.

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 Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights, OCR*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services, HHS*) si cree que no le han 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:

U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** [visite www.iehp.org](http://www.iehp.org)



También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disability Act, ADA*) y la Agencia de Derechos Civiles. Usted puede comunicarse con la Sección de Derechos de la Discapacidad, División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de EE.UU. al 1-800-514-0301 (TTY: 1-800-514-0383).

Organización para Mejora de la Calidad (QIO)

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 Mejora de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para Mejora de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja a la Organización para Mejora de la Calidad, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La Organización para Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica 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 QIO, consulte la **Sección H2 (Cómo presentar una Apelación de Nivel 1)** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) es Commence Health Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). El número de teléfono para Commence Health BFCC-QIO es el 1-877-588-1123.



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. Seguirá participando en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	245
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	246
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	246
C1. Sus servicios de Medicare	247
C2. Sus servicios de Medi-Cal	249
D. Cómo obtener sus artículos médicos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	250
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan.....	250
F. Reglas relacionadas con solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo de salud ...	251
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	251
H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía del plan.....	252



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,

- dispone de algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan durante cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- **El Período de Inscripción Abierta**, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 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 (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo. y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan, desde el mes de acceso a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes de acceso. 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 que le permitan hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se cambió 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 (Sus servicios de Medi-Cal)**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a:

- Servicios para Miembros en los números que figuran a pie de página. También se indica el número para los usuarios de TTY.



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-486-2048.
- Programa de Asesoramiento y Defensa 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. 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.
- 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 usted está en un programa de administración de medicamentos (*drug management program, DMP*), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener información acerca de los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare distinto, deberá solicitar la cancelación de nuestro plan. Puede solicitar la cancelación de su inscripción de dos maneras:

- Puede solicitarlo por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros en el número que figuran a pie de página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 tabla de la página XX encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
 - Llame a 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.
 - 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 por separado

Tiene varias opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide cancelar nuestro plan.



C1. Sus servicios de Medicare

Usted cuenta con tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se indican a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados períodos del año, incluidos el **Periodo de inscripción anual** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (<i>Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE</i>), si usted califica.</p> <p>Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre que se da en California a los planes integrados para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP).</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (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 Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medi-Medi.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará para ajustarse a su plan Medi-Medi</p>
---	---

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos 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). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o bien obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) 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 del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Seguirá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p>
<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Debería renunciar a la cobertura de medicamentos únicamente si dispone de cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita medicamentos</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o bien obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) 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 del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.



<p>Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) 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 del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Seguirá inscrito en su Plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p>
<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluidos el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, así como otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), llame al 1-855-921- PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o bien obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</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 a.m a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800 -430-7077.

Si tiene preguntas, llame a 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. **Para obtener más información,** visite www.iehp.org



O bien, visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. 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 artículos médicos, 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 y cuidado de salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Reciba atención médica de los proveedores de nuestra red.
- 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. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den 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. Nota: Si ya no es elegible para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare, por favor, consulte la información a continuación en el periodo contemplado.
- 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 muda de domicilio o emprende 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 lo encarcelan o va a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no está presente legalmente 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 (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por esta razón.
- Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si está dentro del período de 3 meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare Advantage y los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de la Parte D. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medi-Cal que están incluidos en el Plan Estatal de Medi-Cal correspondiente, ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare por los que el estado sería responsable de otro modo si usted no perdiera su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

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 para Miembros para obtener cuidados médicos. (Medicare puede solicitarle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

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.

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 este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía del plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cómo cancelar su afiliación, puede llamar al Servicio para Miembros al número que figura a pie de página.

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 en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes.....	254
B. Aviso federal sobre la no discriminación.....	254
C. Aviso sobre la no discriminación para Medi-Cal	254
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso .	255
E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio por parte de Medi-Cal.....	256



A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan o expliquen en este *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 federal sobre la no discriminación

No le discriminamos o le tratamos de forma diferente por su raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de que sea asegurable o ubicación geográfica dentro del área de servicio. 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 Estadounidenses 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.

C. Aviso sobre la no discriminación para Medi-Cal

No le discriminamos o le tratamos de forma diferente por su raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de que sea asegurable o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, tampoco discriminamos ilegalmente ni marginamos a personas o las tratamos de manera diferente por motivos de ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil, o enfermedad.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto:

- Llame al Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, Oficina de Derechos Civiles al 916-440. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones [Telecomunicaciones Relay Service]). Si cree que le han discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, comuníquese con:



Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730

Como alternativa, los miembros pueden presentar una queja llamando a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347 o visitar www.iehp.org.

Si su queja formal 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 u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones [Telecomunicaciones Relay Service]).
- 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 queja están disponibles en
www.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 formal, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

D. 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 lesionó 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.



Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda la otra cobertura de salud (*other health coverage, OHC*) anterior a Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta alcanzar la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio por parte de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso por el patrimonio testamentario de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de cumplidos los 55 años. El reembolso incluye la tarifa por servicio (*Fee-for-Service*) y las primas/capitaciones de cuidados prestados por servicios en centros de enfermería, servicios a domicilio y comunitarios, y servicios hospitalarios y los correspondientes medicamentos con receta que el miembro recibió mientras estaba ingresado en un centro de enfermería o recibía servicios domiciliarios y comunitarios. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web del Department of Health Care Services' estate recovery en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en este *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 (Activities of daily living, ADL): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo (Administrative law judge): Un juez de derecho administrativo es un juez que escucha y decide casos en los que participan organismos gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory surgical center): Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

Apelación (Appeal): Una forma de cuestionar nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Salud del comportamiento/salud conductual (Behavioral Health): Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: Se trata de cómo pensamos, sentimos y nos comunicamos o interactuamos con los demás. Término general que se refiere a los servicios de salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico (Biological Product): Medicamento que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Biosimilar: Medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica. (Véase "Biosimilares intercambiables").



Medicamento de marca (*Brand name drug*): Medicamento que fabrica y vende la compañía que fabricó el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos.

Los medicamentos genéricos suelen fabricarlos y venderlos otras compañías de medicamentos y por lo general no están disponibles hasta que ha finalizado la patente sobre el medicamento de marca registrada.

Coordinador de atención médica (*Care coordinator*): La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención/cuidados (*Care plan*): Consulte el “Plan de Atención Individualizado”.

Equipo de atención médica/equipo de cuidados médicos (*Care team*): Consulte “Equipo Interdisciplinario de Atención Médica”.

Etapa de Cobertura Catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga por todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes que le representa en nombre suyo) han gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios para adultos basados en la comunidad (*Community-Based Adult Services, CBAS*): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda cuidados de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja (*Complaint*): Una declaración escrita verbal en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre los cuidados de salud o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de sus cuidados de salud, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre oficial de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. 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.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costo compartido: Importes que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos. Los costos compartidos incluyen los copagos.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) pertenece a uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento.



Decisión de cobertura (Coverage decision): Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se describe cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos (Covered drugs): El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta sin receta médica (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos (Covered services): El término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta sin receta médica, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural (Cultural competence training): Capacitación que brinda aprendizaje adicional a nuestros proveedores de atención médica y que los ayuda a comprender mejor su contexto, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: Tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos de menos de un mes completo y por los que usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días para el suministro de un mes.

He aquí hay un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por un suministro de mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago es menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, por un pago total inferior a \$0.35.

Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Administración de Servicios Médicos (Department of Managed Health Care, DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de inscripción (Disenrollment): El proceso de finalización de su membresía o afiliación a nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad o decisión).

Programa de administración de medicamentos (Drug management program, DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: Grupos de los medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de los 6 niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



Equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*): Ciertos artículos que ordena su médica 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.

Emergencia: Una emergencia médica se da 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 enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención o cuidados médicos de emergencia (*Emergency care*): Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento/conductual.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios Excluidos (*Excluded Services*): Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional (*Extra Help*): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico (*Generic drug*): Un medicamento con que está 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 tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja formal (*Grievance*): Una queja que presenta acerca de nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención/cuidados o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud (*Health plan*): Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para prestarle los cuidados que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (*Health Risk Assessment, HRA*): Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.



Auxiliar de salud en el hogar/domiciliario (Home health aide): Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de una enfermera/o con licencia o de un terapeuta, como por ejemplo ayuda con el cuidado/aseo 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.

Centro para enfermos terminales (Hospice): Un programa de cuidados y apoyo para ayudar a que vivan cómodamente las personas con una prognosis terminal. Una prognosis terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médica y se espera que le queden seis meses o menos de vida.

- Un afiliado que tiene una prognosis terminal tiene derecho a elegir este centro.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de centros para enfermos terminales en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inadecuada (Improper/inappropriate billing): Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestra cantidad de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

Como miembro del plan, usted solo paga las cantidades de costo compartido de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. **No** permitimos a los proveedores que le cobren más de esta cantidad.

Servicios de apoyo en el hogar/domiciliarios (In Home Supportive Services, IHSS): El programa IHSS ayudará a pagar por los servicios que se le presten para que pueda permanecer a salvo en su propio domicilio. IHSS es una alternativa a la atención o los cuidados fuera del hogar, como centros de cuidados para adultos mayores o centros de alojamiento y cuidados médicos. Para recibir estos servicios, antes se lleva a cabo una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como asistencia con la evacuación intestinal y urinaria, la ducha, el arreglo personal y los servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran el programa IHSS.

Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR): Si denegamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, 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 Administración de Servicios Médicos de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no participan en nuestro plan. Si la decisión de la IMR es favorable para usted, deberemos prestarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga ningún costo por una IMR.



Organización de revisión independiente (*Independent review organization, IRO*):

Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. Esta organización no está vinculada a nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre oficial es Entidad de Revisión Independiente (*Independent Review Entity*).

Plan de Atención Individualizado (*Individualized Care Plan, ICP, o Care Plan*): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapa de Cobertura Inicial: La etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte de Medicare alcancen los \$2.100. Esto incluye las cantidades que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para bajos ingresos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga por su parte.

Paciente hospitalizado (*Inpatient*): Un término utilizado cuando usted es admitido oficialmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido oficialmente, puede ser considerado igualmente un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

Equipo Interdisciplinario de Atención Médica (*Interdisciplinary Care Team, ICT, Care team*): Un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, terapeutas/consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a recibir los cuidados que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP integrado (*Integrated D-SNP*): Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se denominan personas con doble derecho a beneficios completos.

Biosimilar intercambiable (*Interchangeable Biosimilar*): Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de ser una sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (*Drug List*): Una lista de medicamentos con receta y de venta sin receta médica (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos 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 "Lista de Medicamentos Cubiertos".

Servicios y apoyo(s) a largo plazo (*Long-Term Services and Supports, LTSS*): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica de largo plazo. La mayoría de estos servicios le permiten quedarse en su hogar para que no tenga que acudir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS que cubre nuestro plan incluyen servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS), también conocidos como atención médica de día para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. IHSS y los programas de exención 1915(c) son LTTSS de Medi-Cal provistos fuera del plan.



Subsidio por bajos ingresos (*Low-Income Subsidy, LIS*): Véase “Ayuda Adicional”.

Programa de pedidos 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 con receta cubiertos que le envían directamente a su domicilio. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas de medicamentos que toma con regularidad.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está administrado por el estado, y lo pagan el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, así como los gastos 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 atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal (*Medi-Cal Plans*): Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Medicaid (o asistencia médica) (*medical assistance*): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el Estado de California.

Médicamente necesario (*Medically necessary*): Término que describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería. También se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, 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 que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica coordinada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) (*Medicare Appeals Council [Council]*): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare (*Medicare-covered services*): 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.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (*Medicare diabetes prevention program, MDPP*):

Un programa estructurado de cambio conductual de salud que brinda capacitación en cambios de la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los retos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiiliado de Medicare-Medi-Cal (*Medicare-Medi-Cal enrollee*): Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo dualmente elegible”.

Parte A de Medicare (*Medicare Part A*): El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, centros de enfermería especializada, cuidados médicos a domicilio y cuidados de hospicio médicaamente necesarios.

Parte B de Medicare (*Medicare Part B*): El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicaamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

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 MA.

Parte D de Medicare (*Medicare Part D*): El programa de beneficios para medicamentos de Medicare. A este programa lo denominamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

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 por la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de terapia con medicamentos (*Medication Therapy Management, MTM*): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios MTM generalmente incluyen la reunión con un farmacéutico o proveedor de cuidados médicos para revisar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5 de este *Manual para Miembros* a fin de obtener más información.

Plan Medi-Medi: Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) (*Member, member of our plan, 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.

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 anexo, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.



Servicios para Miembros (*Member Services*): Un departamento en nuestro plan que es responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información acerca de las apelaciones.

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 surte en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red (*Network provider*): “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, las enfermeras y otros profesionales que le brindan servicios y cuidados. El término también incluye los hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- 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.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Centro de cuidados para adultos mayores o centro de enfermería (*Nursing home or facility*): Un centro que brinda atención médica a las personas que no pueden recibir atención médica a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

(Ombudsman) Defensor de los Beneficiarios: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre (aboga por sus derechos). Pueden responder a preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Miembros*.

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 usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. Véase el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Producto biológico original (*Original Biological Product*): Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o planes de pago tarifa por servicio de Medicare) (*Original Medicare, traditional Medicare, o fee-for-service Medicare*): El gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios están cubiertos por el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.



- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

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.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red (*Out-of-network provider, 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 este *Manual para Miembros* se describen los proveedores o centros fuera de la red.

Gastos (directos) de bolsillo (*Out-of-pocket costs*): El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se llama requisito de gasto “de bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” anterior.

Medicamentos de venta sin receta médica (*Over-the-counter drugs, OTC*): Los medicamentos de venta sin receta médica son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención médica.

Parte A: Véase la “Parte A de Medicare”.

Parte B: Véase la “Parte B de Medicare”.

Parte C: Véase la “Parte C de Medicare”.

Parte D: Véase la “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D (*Part D drugs*): Véase “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (*Personal health information, Protected health information, PHI*): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico 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.

Servicios preventivos (*Preventive services*): Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en su etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).



Proveedor atención primaria (*Primary Care Provider, PCP*): El médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y darle una referencia 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 atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* a fin de obtener información sobre cómo recibir atención de los proveedores de atención primaria.

Autorización previa (*Prior authorization, PA*): Una aprobación por parte nuestra que debe obtener antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o atenderse con un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primera.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan aparecen marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE*) Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Prótesis y aparatos de ortopedia (*Prosthetics and Orthotics*): Dispositivos médicos ordenados por su médico 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 interna del cuerpo o una función, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidados médicos que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas afiliadas a Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad (*Quantity limits*): Un límite en la cantidad (dosis) de un medicamento que pueda tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.



Herramienta de Beneficios en Tiempo Real (*Real Time Benefit Tool*): Un portal o aplicación de computadora donde los afiliados pueden buscar y encontrar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para los afiliados acerca de los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia (Referral): Una referencia es la aprobación nuestra o 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 este *Manual para Miembros*.

Servicios de rehabilitación (Rehabilitation services): Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

Servicios confidenciales (Sensitive services): Servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento/conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (*sexually transmitted infections, STI*), VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, la atención para la afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

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 médicos y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Parte del costo compartido: La parte de sus costos de atención médica que quizás tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. La cantidad de su costo compartido depende de sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para prestar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención/Cuidados en centros de enfermería especializada: Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada proporcionados de forma continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera registrada o un médico.

Especialista (Specialist): Médico (doctor) que trata ciertos tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico que trata fracturas; un alergista que trata alergias, y un cardiólogo que trata los problemas del corazón. En la mayoría de los casos, necesitará una referencia de su PCP para visitar a un especialista.

Farmacia especializada (Specialized Pharmacy): Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.



Audiencia del Estado/Estatal (*State Hearing*): Si su médico 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 recibe, puede solicitar una Audiencia del Estado. Si la Audiencia del Estado se decide a su favor, deberemos prestarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada (*Step therapy*): Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguro de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención Médica Necesaria de Urgencia (*Urgently need care*): Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita cuidados de inmediato. Puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, debido a la hora, ubicación o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicaamente necesarios para atender una afección imprevista, pero que no se considera una emergencia médica).



Servicios para Miembros de IEHP DualChoice

LLAME AL

1-877-273-IEHP (4347)

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Servicios para Miembros cuenta además con servicios de un intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY

1-800-718-4347

Este número requiere un equipo telefónico especial y solo es para las personas con dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

FAX

(909) 890-5877

ESCRIBA A

IEHP DualChoice Attention:

Member Services

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

MemberServices@iehp.org

SITIO WEB

www.iehp.org



SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE



LLAME AL: 1-877-273-IEHP (4347)

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Servicios para Miembros de IEHP DualChoice también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.



TTY: 1-800-718-4347

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solamente para las personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.



FAX: (909) 890-5877



CORREO POSTAL: IEHP DualChoice

Attention: Member Services
P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga,
CA 91729-1800



CORREO ELECTRÓNICO: memberservices@iehp.org



SITIO WEB: iehp.org