Manual del miembro del Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (HMO D-SNP)

Del 1º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura de atención médica y medicamentos en el marco del Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

El Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (HMO D-SNP) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
La inscripción en CareAdvantage depende de la renovación del contrato.

Introducción al *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro, también conocido como Evidencia de cobertura*, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias), cobertura de medicamentos y servicios y apoyo a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro*.

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

Cuando en este *Manual del miembro* se dice "nosotros", "nuestro" o "nuestro plan" se refiere a CareAdvantage.

Este documento está disponible en forma gratuita en inglés, español, chino y tagalo.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille y/o audio llamando al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

Para obtener materiales en otro idioma que no sea inglés y/o en otro formato, tanto ahora como en el futuro, envíe un email a CareAdvantageSupport@hpsm.org o llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. O envíe una solicitud por escrito a:

HEALTH PLAN OF SAN MATEO
CAREADVANTAGE UNIT

801 GATEWAY BLVD. SUITE 100
SOUTH SAN FRANCISCO, CA 94080

Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para futuras comunicaciones y correspondencia, por lo que no tendrá que solicitarlos cada vez, y

Para efectuar cambios o cancelar sus preferencias, por favor póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage.

Aviso de disponibilidad de Servicios de Asistencia de Idioma y Medios de ayuda y Servicios Auxiliares

English: ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل ب1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). هذه الخدمات مجانية.

հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中國人 (Chinese): 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)。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 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) خواهید به زبان خود کمک دریافت توجه: اگر می 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929) کنید، با تماس بگیرید.
کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و 1-866-880-0606 چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. (TTY:1-800-735-2929)

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong): CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob

qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本(Japanese): 注意日本語での対応が必要な場合は 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)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。 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)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。

한국인 (Korean):유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂ 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien: LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh

mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). Tais serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-880-0606 (линия 1-800-735-2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog: ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Libre ang mga serbisyong ito.

แบบไทย (Thai): โปรดทราบ:
หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

українською (Ukrainian): УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). 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 1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual del miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. CareAdvantage proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al 1-866-880-0606 (TTY 1-800-855-3000 o 7-1-1). La llamada es gratuita. Lea este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información, de forma oportuna, en otros formatos, como braille, letra grande de 20 puntos y audio, y en formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo para usted. Llame al 1-866-880-0606 (TTY 1-800-855-3000 o 7-1-1). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

CareAdvantage brinda servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No tiene que recurrir a un familiar o amigo como intérprete. No se recomienda utilizar a menores como intérpretes, excepto en casos de emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. La ayuda está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para recibir ayuda con los idiomas u obtener este manual en un idioma distinto, llame al
1-866-880-0606 (TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1). La llamada es gratuita.

Índice

Capítulo 1: Inicio como miembro	10
Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes	23
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos	47
Capítulo 4: Tabla de beneficios	75
Capítulo 5: Cómo obtener su medicamento como paciente ambulatorio	159
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal	184
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos	201
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	209
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	222
Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan	278
Capítulo 11: Notificaciones legales	288

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 292

Deslinde de responsabilidades

- El Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (HMO D-SNP) es un plan de salud bajo contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en CareAdvantage D-SNP depende de la renovación del contrato.
- Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage o lea el Manual del miembro. Esto quiere decir que usted podría tener que pagar algunos servicios y que es necesario que siga ciertas reglas para que CareAdvantage pague los servicios que usted recibe.
- Los copagos o los medicamentos con receta pueden variar dependiendo del nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Para obtener más detalles, comuníquese con el plan.
- Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CareAdvantage, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía. También le dice qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

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 lo hace elegible para ser miembro del plan? 14

F. Qué esperar cuando se une a nuestro plan de salud 14

G. Su equipo de atención y su plan de atención 16

G1. Equipo de atención 16

G2. Plan de atención 16

H. Resumen de costos importantes 16

H2. Cantidad del pago de medicamentos con receta de Medicare 17

I. Este Manual del miembro 17

J. Otra información importante que recibe de nosotros 17

J1. Su tarjeta de identificación de miembro 17

J2. Directorio de proveedores y farmacias 19

J3. Lista de medicamentos cubiertos....20
J4. Explicación de beneficios....20
K. Cómo mantener al día su expediente de membresía....21
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)....21

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y de Medi-Cal a las personas que reúnen los requisitos de ambos programas. Nuestro plan cuenta con médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con administradores de atención y equipos de atención para ayudarle a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos colaboran entre sí para proporcionar el cuidado que usted necesita.

Con CareAdvantage, HPSM le ayudará a administrar su atención médica al:

- Pagar sus servicios de atención médica y medicamentos con receta
- Darle acceso a una extensa red de proveedores con médicos de atención primaria (PCP), dentistas, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales
- Ayudarle a encontrar otros servicios de atención médica para los que pueda reunir los requisitos y que usted necesite, como salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo

Proporcionar la coordinación de la atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios asegurándose de que todos ellos colaboren entre sí a fin de ayudar a cumplir sus metas de salud

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para:

- personas que tienen 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), así como los costos médicos. Cubre servicios extra y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,

- quién es elegible,
- qué servicios se cubren, **y**
- el costo de los servicios.

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

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre y cuando:

- decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora usted obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos medicamentos. **Usted no paga extra por inscribirse en este plan de salud.**

Nosotros ayudamos a hacer que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede contar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a elegir. Su equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención. Es una persona que colabora con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a diseñar un plan de atención.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su administrador de atención.
- Su equipo de atención y el administrador de atención colaborarán con usted para crear un plan de atención diseñado con el fin de satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura:

- De que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que toma para que puedan cerciorarse de que usted esté tomando los medicamentos adecuados y reducir los efectos secundarios que estos puedan tener.
- De que los resultados de sus exámenes sean compartidos con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de CareAdvantage: En la mayoría de los casos, usted quedará inscrito en CareAdvantage para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción en CareAdvantage. Aun así, podrá recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CareAdvantage. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Por favor, llámenos al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio se encuentra en California: Condado de San Mateo.

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

Usted no puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano de Estados Unidos o se encuentre de manera legal en Estados Unidos, **y**
- actualmente reúna los requisitos de Medi-Cal**.**

Si pierde la elegibilidad de Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de un plazo de 4 meses, seguirá reuniendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan.

Llame al Departamento de CareAdvantage para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se une a nuestro plan de salud

Cuando usted se une a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos a la salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a su fecha de inicio de inscripción.

Estamos obligados a realizar una evaluación HRA para usted. Esta evaluación HRA es la base del desarrollo de su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos ponemos en contacto con usted para realizar la HRA. Podemos llevar a cabo la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que consulta actualmente durante cierto periodo de tiempo, incluso si no forman parte de nuestra red. A esto le llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede conservar a sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicio en el momento en que se inscriba hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden que le permitamos continuar viendo a su proveedor actual.
- Determinamos que usted tiene una relación existente con un proveedor de atención primaria o de atención especializada, con algunas excepciones. Por "relación existente" nos referimos a que usted acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez en una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
    - Determinamos si hay una relación existente mediante la evaluación de su información de salud disponible o la información que usted nos proporcione.
    - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y deberemos responder en 15 días. Puede realizar esta solicitud llamando al 1-866-880-0606. Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responder dentro de un plazo de 3 días.
    - Al hacer su solicitud, usted o su proveedor debe mostrar documentación de una relación existente y apegarse a ciertas condiciones.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y un proveedor dentro de la red entregue el equipo de alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores suplementarios, puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios suplementarios no incluidos en nuestro plan.

Después de que termine el periodo de continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y otros proveedores dentro de la red de CareAdvantage, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico que no pertenece a la red. Un proveedor dentro de la red es un

proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo los cuidados que usted necesita. El equipo de atención puede incluir a su médico, un administrador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

El administrador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Se le asigna un administrador de atención cuando usted se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le remite a otros recursos en la comunidad que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su administrador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención colabora con usted para elaborar un plan de atención. El plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual, de servicios LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye: Necesidades identificadas a partir de su evaluación de riesgos a la salud. También se proporciona información sobre referencias a los servicios disponibles que pueden ser apropiados para satisfacer sus necesidades

- sus metas de atención médica **y**
- un plazo para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan de algunos servicios que tal vez usted quiera recibir. Su plan de atención se crea según sus necesidades y metas. Su equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención por lo menos cada año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Cantidad del Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare (**Sección H1**)

H2. Cantidad del pago de medicamentos con receta de Medicare

Si usted participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por los medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que le quedan al año.

El **Capítulo 2, Sección M3** proporciona más información sobre el Plan de pagos 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 indicados en el **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este Manual del miembro

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

Puede pedir un *Manual del miembro* llamando al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar el *Manual del miembro* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección de Internet que aparece al final de la página.

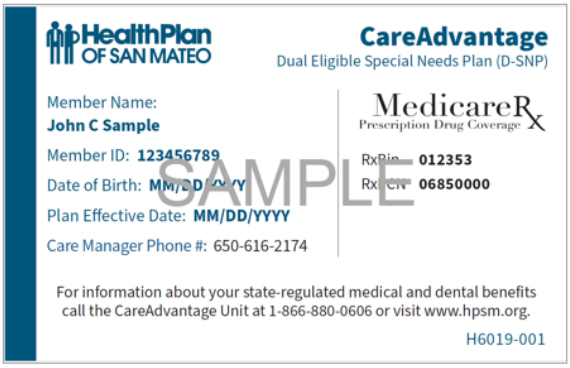
El contrato estará en vigor durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

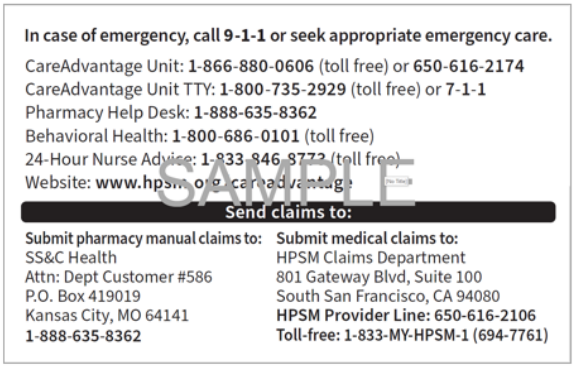
J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o Lista de medicamentos aprobados.*

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

De acuerdo con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud conductual y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos con receta. Aquí tiene un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:





Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se extravía o se la roban, llame inmediatamente al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Siempre y cuando sea miembro de nuestro plan, no necesita utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de servicios. Conserve dichas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor podría facturar a Medicare en lugar de nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, atención para pacientes terminales o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- servicios especializados de salud mental que usted puede recibir del plan de salud mental y los Servicios de recuperación y salud conductual del condado;
- medicamentos que no están cubiertos a través de CareAdvantage pero que sí están cubiertos a través de Medi-Cal Rx, tales como algunos medicamentos que no requieren receta y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener una lista de las farmacias de la red de Medi-Cal Rx. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Cuando la tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) se utiliza para obtener medicamentos no cubiertos por CareAdvantage, Medi-Cal Rx es responsable de procesar la receta. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener una lista de las farmacias de la red de Medi-Cal Rx.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

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

Puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de proveedores y farmacias se le enviarán por correo dentro de un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección de Internet que aparece al final de la página.

El Directorio de proveedores y farmacias enumera los diferentes tipos de médicos, enfermeras y profesionales de atención médica según su especialidad (por ejemplo, alergias o radiología). Cada listado mostrará la información básica sobre la ubicación del proveedor o la farmacia, el horario y el número de teléfono, y si se aceptan nuevos pacientes. Los listados también mostrarán qué idioma(s) habla el personal de un proveedor o de una farmacia además del inglés, la accesibilidad para discapacitados, si el lugar está cerca del transporte público y si han llevado a cabo la capacitación sobre competencia cultural.

Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores dentro de nuestra red incluyen:
    - médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud en nuestro plan; **y**
    - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores dentro de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago completo.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado surtir los medicamentos con receta de los miembros de nuestro plan. Usted puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.

- Excepto durante una emergencia, usted debe pedir que le surtan sus medicamentos con receta en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto el Departamento de CareAdvantage como nuestro sitio web pueden darle 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 llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por 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 bajo el 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 B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de CareAdvantage.

La *Lista de medicamentos* también le indica si hay reglas o restricciones en los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame al Departamento de CareAdvantage o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

J4. *Explicación de beneficios*

Cuando usted hace uso de los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un control de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y la cantidad total que nosotros 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 usted toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada para recetar sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* proporciona más información sobre la EOB y cómo esta le ayuda a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir una EOB. Para obtener un ejemplar, póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage en los números que aparecen al final de la página.

K. Cómo mantener al día su expediente de membresía

Puede mantener al día su expediente de membresía indicándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros expedientes. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red de nuestro plan utilizan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus costos compartidos. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga, como el de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja doméstica o las compensaciones al trabajador;
- algún reclamo por responsabilidad civil, como un reclamo por un accidente automovilístico;
- ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios con su cuidador (o alguien responsable por usted); **y**
- si usted participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero le alentamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su expediente de membresía puede incluir información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su información PHI. Nosotros protegemos su PHI. Si desea más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro*.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

Introducción

Este capítulo le ofrece la información de contacto de importantes recursos que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con su administrador de atención y otras personas que puedan abogar por usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

A. El Departamento de CareAdvantage 25

B. Su administrador de atención 28

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 30

D. Línea telefónica de asesoramiento por enfermeras 30

E. Línea de crisis de salud conductual 32

F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 33

G. Medicare 34

H. Medi-Cal 36

I. Atención administrada de Medi-Cal y Oficina de salud mental del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) 37

J. Servicios sociales del Condado 38

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado 39

L. California Department of Managed Health Care 40

M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos 41

M1. Ayuda adicional de Medicare 41

M2. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) 41

M3. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare 42

N. Seguro Social 43

O. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 44

P. Otros recursos 45

Q. Programa HPSM Dental 46

A. El Departamento de CareAdvantage

LLAME AL	1-866-880-0606. La llamada es gratuita. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-855-3000 o marque 7-1-1. La llamada es gratuita. Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	650-616-2190
ESCRIBA A	CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080
EMAIL	CareAdvantagesupport@hpsm.org
SITIO WEB	www.hpsm.org/careadvantage

Póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
    - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión que tiene que ver con:
        - sus beneficios y servicios cubiertos **o bien**
        - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
    - Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que evaluemos una decisión que hemos tomado acerca de su cobertura y la cambiemos si usted considera que hemos cometido un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja respecto a nosotros o cualquiera de nuestros proveedores (incluidos proveedores dentro o fuera de la red). Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja ante nosotros o la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
  - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-866-880-0606.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece anteriormente).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint.
    O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medicare y Medi-Cal (Ombudsman) llamando al 1-855-501-3077.
  - Para obtener más información respecto a cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión que se refiere a:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
    - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.

- Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los que no requieren receta (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Por favor 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 Rx al 800-977-2273.
- Para obtener más información respecto a las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.
  - Si desea más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja respecto a nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Si desea más información sobre cómo presentar una queja respecto a sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- pago por atención médica o medicamentos que usted ya ha pagado
  - Si desea más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos, o que paguemos una factura que usted recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y negamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
  - CareAdvantage no es responsable de reembolsarle el importe de un medicamento que solo esté cubierto por Medi-Cal Rx. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta que esté cubierto por Medi-Cal Rx y no por CareAdvantage, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. De manera alterna, puede pedir a Medi-Cal Rx que le haga el reembolso presentando la solicitud de "Reembolso de gastos de bolsillo de

Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

B. Su administrador de atención

El programa de Administración de la Atención de HPSM coordina proactivamente el cuidado complejo a fin de ayudar a producir los mejores resultados clínicos y funcionales para nuestros miembros. El personal del programa está familiarizado con los beneficios de cada miembro y trabaja para facilitar el uso óptimo de dichos beneficios. Un administrador de atención es un profesional clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan con el fin de brindar servicios de coordinación de la atención para usted.

Tipo de contacto	
LLAME AL	650-616-2060. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-855-3000 o marque 7-1-1. La llamada es gratuita. Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
FAX	650-829-2060
ESCRIBA A	Integrated Care Management Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080
SITIO WEB	www.hpsm.org/careadvantage

Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas acerca de recibir servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre los beneficios dentales

- preguntas sobre transporte a citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) incluidos Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Usted podría obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services o CBAS)
- atención de enfermería especializada
- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- atención médica en el hogar
- Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services) (IHSS), a través de su agencia de servicios sociales del condado
- a veces puede obtener ayuda para satisfacer sus necesidades diarias de atención médica y básicas. Debe tener 18 años o más y estar inscrito en un plan de atención administrada de Medi-Cal como el Health Plan of San Mateo (HPSM).

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para manejar su problema. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

HICAP es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Tipo de contacto

LLAME AL	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
ESCRIBA A	HICAP San Mateo County 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402
SITIO WEB	www.hicapsanmateocounty.org o www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/

Comuníquese con HICAP para solicitar ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los consejeros de HICAP pueden responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle a:
    - comprender sus derechos,
    - comprender las opciones de su plan,
    - responder preguntas sobre el cambio de planes,
    - presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico **y**
    - asistir con problemas de facturación o reclamos.

D. Línea telefónica de asesoramiento por enfermeras

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsm.org/careadvantage.

La Línea de asesoramiento por enfermeras está disponible sin costo para los miembros de HPSM. Puede ponerse en contacto con la Línea telefónica de asesoramiento por enfermeras si tiene alguna pregunta sobre su salud o su atención médica. Si le preocupa su salud, HPSM cuenta con una Línea de asesoramiento por enfermeras que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-833-846-8773 si su proveedor de atención médica no está disponible. Por favor, tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro de HPSM cuando llame.

Tendrá a su disposición enfermeras registradas para responder a sus preguntas sobre sus síntomas. Pueden indicarle:

- Qué tan pronto debe ver a un proveedor de atención médica.
- Qué hacer si sus síntomas empeoran.
- Lo que puede hacer en casa para empezar a sentirse mejor.

En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de HPSM, llame al Departamento de CareAdvantage.

Tipo de contacto	
LLAME AL	1-833-846-8773. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-855-3000 o marque 7-1-1. La llamada es gratuita. Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

E. Línea de crisis de salud conductual

Si está experimentando una emergencia de salud conductual o pensamientos suicidas, llame a la Línea de crisis del Condado de San Mateo al (650) 579-0350 o llame/envíe un mensaje de texto al 988 para obtener ayuda.

Para obtener ayuda en la búsqueda de servicios de salud mental y/o de tratamiento por consumo de sustancias, ya sea para alguien que esté enfrentando una enfermedad mental o un trastorno por consumo de sustancias, o para alguien que le preocupe, llame al centro de atención telefónica Access de los Servicios de recuperación y salud conductual (BHRS) del condado de San Mateo para obtener información, una evaluación y una referencia según las necesidades individuales. El centro de atención telefónica Access es el principal punto de entrada para los miembros de HPSM que buscan servicios de tratamiento de salud mental y/o por consumo de sustancias.

LLAME AL	Línea de crisis: (650) 579-0350 o llame/envíe un mensaje de texto al 988 Centro de atención telefónica Access de BHRS: 1-800-686-0101. Estas llamadas son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana El personal del centro de atención telefónica Access de BHRS habla inglés, español y chino. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que hablan otros idiomas.
TTY	TTY 7-1-1. La llamada es gratuita. Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Póngase en contacto con el centro de atención telefónica Access de BHRS del Condado de San Mateo para obtener ayuda. Un profesional capacitado le ayudará a responder lo siguiente:

- preguntas acerca de los servicios de salud conductual y de trastornos por consumo de sustancias
- solicitar o ser evaluado para servicios de salud mental, incluida cierta atención de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.

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

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

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	7-1-1 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/

Comuníquese con Commence Health para solicitar ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió si:
  - tiene algún problema con la calidad de la atención, como recibir un medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
  - piensa que su hospitalización termina demasiado pronto, **o bien**
  - piensa que sus servicios de atención médica en el hogar, en el centro de atención especializada de enfermería o en el Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto.

G. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia contrata 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 aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica que participen en Medicare. • Conozca lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas, y exámenes médicos anuales de rutina). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que proporcionan los planes, residencias para personas mayores, hospitales, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de atención para pacientes terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa público de seguro médico que brinda servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, como familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes de crianza temporal, y mujeres embarazadas. Medi-Cal es financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

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

Usted está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al administrador de atención de su plan. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de Medi-Cal, llame a Health Care Options (Opciones de atención médica).

LLAME AL	1-800-223-8383 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	7-1-1 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	San Mateo County Human Services Agency 400 Harbor Boulevard, Building 'B" Belmont, CA 94002
SITIO WEB	https://www.smcgov.org/hsa/contact-us

I. Atención administrada de Medi-Cal y Oficina de salud mental del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman)

La Oficina del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios. Escucharán, responderán a sus preguntas, analizarán su situación, explicarán políticas y procedimientos, proporcionarán información, asesoramiento y opciones, y sugerirán referencias pertinentes. Su trabajo consiste en ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Servicios sociales del Condado

Si necesita ayuda con los beneficios de los servicios de apoyo en el hogar (IHSS), comuníquese con la agencia local de servicios sociales del condado (San Mateo County Aging and Adult Services).

Comuníquese con San Mateo County Aging and Adult Services (Servicios para adultos mayores y adultos del condado de San Mateo) para solicitar servicios de apoyo en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le brindan a fin de que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar las comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, ir de compras o transporte.

Póngase en contacto con San Mateo County Aging and Adult Services si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad de Medi-Cal.

LLAME AL	1-844-868-0938 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	7-1-1 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	San Mateo County Aging and Disability Services PO Box 5892 San Mateo, CA 94402
SITIO WEB	https://www.smchealth.org/services-aging-and-disability

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado

Los servicios especializados de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias de Medi-Cal están a su disposición a través del condado si cumple con los criterios de acceso.

LLAME AL	1-800-686-0101. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	7-1-1 TDD: 1-800-943-2833. La llamada es gratuita. Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
SITIO WEB	https://www.smchealth.org/bhrs

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

- Preguntas sobre los servicios especializados de salud mental que proporciona el condado.
- Preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias que proporciona el condado.
- Solicitudes para ser evaluado para servicios de salud conductual, incluida la atención de salud mental para pacientes ambulatorios y los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.

L. California Department of Managed Health Care

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es responsable de reglamentar los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC le puede ayudar con las apelaciones y quejas relacionadas con los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están a su disposición de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
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 para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos

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

M1. Ayuda adicional de Medicare

Debido a que reúne los requisitos de Medi-Cal, también reúne los requisitos para recibir la "ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario que haga nada para obtener 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 aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov

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

- Puede comunicarse con el Departamento de CareAdvantage si desea solicitar ayuda para obtener comprobantes de su nivel de copago correcto, o si ya tiene los tiene y desea proporcionárnoslos.
- Cuando recibamos la constancia que confirme el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar la cantidad correspondiente cuando surta su próxima receta. Si paga una cantidad mayor a su copago, le haremos un reembolso mediante cheque. Si la farmacia no cobró su copago y usted ahora tiene un adeudo con ella, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

M2. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas que reúnen los requisitos y viven con VIH/sida a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que

también figuran en la lista de medicamentos aprobados de ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos con receta a través del Departamento de Salud Pública de California (CDPH). Nota: Para reunir los requisitos del programa ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre ellos presentar comprobante de residencia en el estado y de diagnóstico de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y situación de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripciones de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al centro de atención telefónica de ADAP al 1-844-421-7050 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (excepto días festivos).

M3. Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se coordina con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus costos de desembolso de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (por ejemplo, un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), así como del Programa de ayuda de medicamentos para el VIH (ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, ofrecen más ventajas que participar en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos. Además, los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de CareAdvantage al número de teléfono que aparece al final de la página o visite www.medicare.gov.

N. Seguro Social

La Administración del Seguro Social determina si las personas reúnen los requisitos de Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para informarles.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar sus servicios de telefonía automatizada para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.gov

O.Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La Junta de Jubilación ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione "0" para hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

P. Otros recursos

El Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare y Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para conseguir o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene algún problema con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a los servicios médicos
- apelación de la negación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services) (IHSS)

El Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare y Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del Oficial mediador es el 1-855-501-3077.

Q.Programa HPSM Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental, que incluyen, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de extracción de la raíz (dientes)
- ajustes, reparaciones y recolocaciones completas y parciales de dentaduras postizas

Los beneficios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Health Plan of San Mateo.

LLAME AL	1-866-880-0606 La llamada es gratuita. Los representantes del Departamento de CareAdvantage están disponibles para ayudarle de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-800-855-3000 o marque 7-1-1 Este número es para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.hpsm.org/dental

Puede recibir servicios dentales de HPSM. Para obtener ayuda para encontrar un dentista o para obtener servicios dentales, puede llamar al 1-800-750-4776 (sin costo) (TTY 1-800-855-3000 o 7-1-1). También puede visitar el sitio web de HPSM en www.hpsm.org/dental para obtener más información.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene los términos y las reglas específicas que usted debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su administrador de atención, cómo obtener atención 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 por servicios que nosotros cubrimos, y las reglas para hacerse propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 49

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 49

C. Su administrador de atención 51

C1. Qué es un administrador de atención 51

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención 51

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención 52

D. Atención de proveedores 52

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 52

D2. Atención de especialistas y otros proveedores dentro de la red 55

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 56

D4. Proveedores fuera de la red 57

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 58

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 58

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal prestados fuera de nuestro plan 58

G. Servicios de transporte 61

G1. Transporte médico no de emergencia 61

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se requieran con urgencia, o durante un desastre 64

H1. Atención en una emergencia médica 64

H2. Atención requerida de urgencia 66

H3. Atención durante un desastre 67

I. ¿Qué ocurre si se le factura directamente por servicios cubiertos? 67

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 67

J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 68

J1. Definición de estudio de investigación clínica 68

J2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 69

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 69

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de servicios de salud 69

K1. Definición de institución religiosa no médica de servicios de salud 69

K2. Atención de una institución religiosa no médica de servicios de salud 70

L. Equipo médico duradero (DME) 70

L1. Equipo DME como miembro de nuestro plan 70

L2. Propiedad del DME si usted cambia a Medicare Original 71

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 72

L4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan de Medicare Advantage (MA) 72

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con y sin receta, equipo y otros servicios.
Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan.
La atención médica, la salud conductual y los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Los **proveedores** son médicos, personal de enfermería y otras personas que le brindan atención y servicios y que cuentan con autorización del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y determinados servicios LTSS.

Los proveedores dentro de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores dentro de la red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan a usted. Cuando usted acude a un proveedor dentro de la red, por lo regular no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan paga los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y muchos de los servicios LTSS que usted recibe si sigue nuestras reglas.
Para que estén cubiertos por nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. La atención médicamente necesaria se requiere para evitar que las personas enfermen gravemente o queden discapacitadas, y también reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, afecciones o lesiones.

Para los servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le proporcione y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor dentro de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que usted pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP o a otros

proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

- No necesita referencias de su PCP para atención de emergencia o atención requerida de urgencia, para acudir a un proveedor de servicios de salud para la mujer, ni para cualquier otro servicio indicado en la **Sección D1** de este capítulo.

Debe recibir su atención de proveedores dentro de la red (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. He aquí algunos casos en los que esta regla no se aplica:

- Cubrimos la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).

- En caso de que necesite atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores dentro de la red no pueden brindarle, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Usted debe obtener una autorización de nuestro plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la hubiera obtenido por parte de un proveedor dentro de la red, **o bien** sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.

- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un breve periodo de tiempo o cuando su proveedor no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted opta por obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor. De ser posible, llame al Departamento de CareAdvantage al número que se encuentra al final de la página antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

- Cuando usted se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitarnos continuar con sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, estamos obligados a aprobar esta solicitud si podemos determinar que ya existía una relación entre usted y los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del miembro*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar acudiendo a los proveedores que ve ahora hasta por 12 meses para obtener servicios. Durante ese tiempo, su administrador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores de nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa acudiendo a proveedores que no están en nuestra red.

Otra cobertura de salud (OHC): Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda su otra cobertura de salud (OHC) de que dispongan antes de Medi-Cal, cuando el mismo servicio esté disponible en 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 actuará como pagador secundario de la cobertura OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos que no pague nuestro plan u otra OHC, hasta la tarifa establecida por Medi-Cal.

Nuevos miembros de CareAdvantage: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en CareAdvantage para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a la fecha en que solicite inscribirse en CareAdvantage. Aun así, podrá recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CareAdvantage. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.

C. Su administrador de atención

El beneficio de coordinación de la atención de HPSM le ayuda a administrar y coordinar su atención médica para que pueda alcanzar sus metas relacionadas con la salud. El personal de administración de la atención conoce bien sus beneficios y trabaja para facilitar que los aproveche de la mejor manera. Si desea obtener más información, póngase en contacto con Administración de Atención Integrada de HPSM.

C1. Qué es un administrador de atención

Un administrador de atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan con el fin de brindar servicios de coordinación de la atención y/o administración de la atención para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención

- Puede llamar al 650-616-2060. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.

- Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-855-3000 o marcar 7-1-1. La llamada es gratuita.

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención

- Puede llamar al 1-866-880-0606 para solicitar el cambio de su administrador de atención.

D. Atención de proveedores

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

Debe elegir un PCP que le proporcione y coordine su atención médica.

Definición de PCP y qué hace el PCP por usted

Cuando usted se vuelve miembro de CareAdvantage, debe elegir a un proveedor del plan contratado para que sea su PCP. Su PCP es un pediatra, médico general, médico de familia, internista o, en algunos casos, un médico gineco-obstetra, una enfermera especializada o el asistente de un médico, que cumpla con los requisitos del estado y estén capacitados para darle atención médica básica. Tal como se explica a continuación, usted recibirá de su PCP la atención básica o de rutina. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de CareAdvantage. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a hacer los arreglos o coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de CareAdvantage. Esto incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos que son especialistas
- Admisiones al hospital y
- Atención de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores de CareAdvantage acerca de su atención y cómo se está desarrollando. Asimismo, hay programas y servicios especiales en CareAdvantage que podrían ser adecuados para usted. Su PCP sabrá mejor si recomendarle estos programas. La coordinación de su atención y atenderlo cuando usted se encuentra enfermo o cuando usted goza de buena salud es parte de proporcionarle al paciente atención centrada en un “hogar médico”. Eso es lo que deseamos ofrecerles a todos los miembros de CareAdvantage. En algunos casos, es posible que su PCP tenga que obtener

nuestra autorización previa (aprobación previa) para ciertos servicios. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le indica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud.

Su elección de PCP

Usted puede elegir a su PCP actual si su nombre aparece en el Directorio de proveedores. También puede elegir un nuevo proveedor del Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores tiene información útil sobre cada proveedor y las oficinas y clínicas donde trabajan. Para recibir más información para ayudarle a elegir a un PCP, puede llamar a la oficina del proveedor. Si hay un hospital en particular que usted quiera usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP utilice ese hospital. Un CareAdvantage Navigator (un representante del Departamento de CareAdvantage) también puede darle información para ayudarle a elegir a su PCP. Usted puede cambiar su PCP, tal como se explica más adelante en esta sección.

Opción de cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Puede cambiar su PCP usando el portal para miembros de HPSM disponible en nuestro sitio web www.hpsm.org/member-portal-login. Elija “Cambiar PCP” (“Change PCP”) en el menú. Puede buscar un nuevo PCP por nombre, ubicación, sexo e idioma. Marque la casilla “Nuevos pacientes” (“New Patients”) para encontrar a los PCP que acepten nuevos pacientes. Para empezar la búsqueda, haga clic en el botón "Buscar" (“Search”) para ver una lista de los PCP que se ajusten a sus necesidades.

También puede llamar al Departamento de CareAdvantage para que le ayuden a cambiar su PCP o a encontrar uno nuevo que se ajuste a sus necesidades. Un CareAdvantage Navigator se asegurará de que el PCP que usted desea esté aceptando nuevos pacientes. Si no es así, usted puede llamar al PCP para preguntarle si lo acepta.

Informe al CareAdvantage Navigator si usted consulta especialistas o recibe otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP (como servicios de asistencia médica a domicilio y equipo médico duradero). El CareAdvantage Navigator le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios.

El Departamento de CareAdvantage cambiará su expediente de membresía para que en él aparezca el nombre de su nuevo PCP y le avisará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Recibirá una carta de confirmación en la que se le informará el nombre y la información de contacto de su nuevo PCP.

Un cambio de PCP entra en vigor el primer día del mes siguiente. Algunos de los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si usted cambia de PCP, también podría estar

cambiando de grupo médico. Cuando solicite el cambio, informe al Departamento de CareAdvantage si está acudiendo a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP. El Departamento de CareAdvantage le ayuda a continuar con la atención especializada y otros servicios cuando cambie 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 utilizar otros proveedores. A esta aprobación se le llama **referencia.** Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro de la red o de proveedores que no pertenecen a la red.
- Servicios cubiertos de atención requerida de urgencia que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o cuando no sea razonable, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, obtener este servicio de proveedores dentro de la red. Ejemplos de servicios de atención requerida de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores que son médicamente necesarias (como las consultas anuales) no se consideran atención requerida de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama al Departamento de CareAdvantage antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la zona.
- Las vacunas contra la gripe y COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de planificación familiar y salud de la mujer de rutina. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de podiatría prestados por un proveedor dentro de la red
- Servicios de acupuntura prestados por un proveedor dentro de la red
- Exámenes de la vista prestados por un proveedor dentro de la red
- Exámenes de audición prestados por un proveedor dentro de la red

- Servicios quiroprácticos para ajustes de la columna vertebral a fin de corregir la alineación, prestados por un proveedor dentro de la red.

Asimismo, si usted es miembro indígena norteamericano, puede obtener los servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena de su elección, sin necesidad de referencia de un PCP de la red ni autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores dentro de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para enfermedades específicas o ciertas partes del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas de huesos, articulaciones o músculos.

Para algunos tipos de referencias, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación por anticipado del Director Médico de CareAdvantage (esto se llama obtener una "autorización previa" [PA]). Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre qué servicios requieren PA.

Debido a que su PCP está para cuidar de su salud en general, él/ella debe conocer todas sus inquietudes de salud. Es por eso que le recomendamos encarecidamente que hable primero con su PCP antes de ir con un especialista. Hay algunos servicios que siempre podrá obtener sin que necesite una referencia por escrito.

Estos los explicamos anteriormente en la Sección D. Si el especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, consulte primero a su PCP para asegurarse de que su PCP desea que usted tenga más consultas con el especialista.

Si hay especialistas específicos que desea consultar, averigüe si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas a los que refiere a sus pacientes. Esto significa que el PCP que usted elija puede determinar a qué especialistas puede acudir. Por lo general, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea acudir a un especialista del Plan al que su PCP actual no lo refiera. En la sección "Opción de cambiar de PCP" (Option to change your PCP), le decimos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales específicos que desea utilizar, primero debe averiguar si su PCP usa estos hospitales.

Una referencia por escrito puede ser para una sola visita o puede ser una referencia médica permanente para más de una visita si necesita servicios continuos. Debemos darle una referencia médica permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas condiciones:

- una condición crónica (en curso);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no recibe una referencia por escrito cuando la necesita, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado dentro de la red del plan, debemos otorgarle una autorización de servicio permanente para un especialista calificado para cualquiera de estas condiciones:

- una condición crónica (en curso);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no recibe una autorización de servicio de nosotros cuando la necesita, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al número de teléfono impreso al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor dentro de la red al que usted acude podría salir de nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores cambie durante el transcurso del año, debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor va a dejar de formar parte de nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se retira de nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.

- Si alguno de sus otros proveedores se retira de nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado en los últimos tres meses.

- Le ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe a cargo de sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo tratamiento o terapias médicamente necesarios. Colaborarmos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red y accesible para usted, deberemos coordinar la participación con un especialista fuera de la red para que lo atienda cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no estén disponibles o sean inadecuados para satisfacer sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa del plan antes de recibir atención de un especialista fuera de la red; de lo contrario, es posible que los servicios no se cubran.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a dejar de formar parte de nuestro plan, póngase en contacto con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que coordine su atención.
- Si considera que no hemos sustituido a su proveedor anterior por uno calificado, o que no estamos coordinando bien su atención, tiene derecho a presentar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) una queja sobre la calidad de la atención, una reclamación sobre la calidad de la atención, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Su PCP podría referirlo a un proveedor fuera de la red cuando sus necesidades médicas no puedan ser satisfechas a través de la red de proveedores de CareAdvantage. En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización de CareAdvantage. Su PCP puede solicitar autorización a HPSM llenando un Formulario de autorización previa y enviándolo por fax a HPSM.

Para obtener referencias fuera de la red su PCP puede presentar un formulario de solicitud de autorización y enviarlo por fax al HPSM.

Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no reúna los requisitos de participación en Medicare y/o Medi-Cal.

- Si acude a un proveedor que no reúna los requisitos de participación en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores están obligados a decirle si no reúnen los requisitos de participación en Medicare.

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios LTSS pueden ayudarlo a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de atención especializada de enfermería. Usted tiene acceso a ciertos servicios LTSS a través de nuestro plan, incluida la atención en un centro de atención especializada de enfermería, los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los apoyos comunitarios. Otro tipo de servicios LTSS, el programa de Servicios de apoyo en el hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Para cumplir los requisitos de los servicios LTSS, por lo general usted debe tener 18 años o más y estar inscrito en un plan de atención administrada de Medi-Cal como el Health Plan of San Mateo (HPSM). Otros requisitos de elegibilidad incluyen tener limitaciones funcionales, físicas y conductuales que, sin los servicios y apoyo a largo plazo, le impedirían permanecer de forma segura en su propio hogar. A veces puede obtener ayuda para satisfacer sus necesidades diarias de atención médica y básicas. Los miembros deben cumplir ciertos requisitos de elegibilidad para poder participar en cada uno de estos programas. Llame a la Administración de Atención Integrada de HPSM al 650-616-2060, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad.

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

Usted tiene el derecho a acceder a servicios de salud conductual médicamente necesarios que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal o servicios de trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos están a su disposición a través de San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (Servicios de recuperación y salud conductual del condado de San Mateo, BHRS).

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal prestados fuera de nuestro plan

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por BHRS del Condado de San Mateo incluyen:

servicios de salud mental

servicios de apoyo para medicamentos

servicios de tratamiento intensivo durante el día

rehabilitación durante el día

servicios de intervención durante una crisis

servicios de estabilización de una crisis

servicios de tratamiento residencial para adultos

servicios de tratamiento residencial en caso de crisis

servicios en un centro de salud psiquiátrica

servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados

administración de casos específicos

reingreso de personas involucradas con el sistema de justicia penal

tratamiento comunitario asertivo (ACT)

tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)

atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)

servicios del modelo Clubhouse

servicios mejorados a trabajadores de la salud de la comunidad (CHW)

empleo con apoyo

servicios de apoyo entre iguales

servicios móviles comunitarios de intervención durante una crisis

servicios terapéuticos conductuales (solo disponibles para menores de 21 años)

crianza temporal terapéutica (solo disponibles para menores de 21 años)

coordinación de atención intensiva (solo disponibles para menores de 21 años)

servicios intensivos basados en el hogar (solo disponibles para menores de 21 años)

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por BHRS del Condado de San Mateo incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal residencial de trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre iguales
- servicios móviles comunitarios de intervención durante una crisis

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) están disponibles para usted a través de BHRS del Condado de San Mateo si cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre iguales
- servicios móviles comunitarios de intervención durante una crisis
- servicios de manejo de contingencias

- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios enumerados anteriormente, usted podría tener acceso a servicios de desintoxicación hospitalaria voluntaria si cumple con determinados criterios.

Puede llamar al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del condado de San Mateo al 1-800-686-0101 (TTY: 7-1-1) para obtener más información las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Debe comunicarse con el Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del Condado de San Mateo si necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual. BHRS es responsable del examen inicial de detección de salud conductual para garantizar el nivel adecuado de atención y los proveedores adecuados dentro de la red. HPSM y BHRS colaboran entre sí para realizar la transición de referencias entre sistemas de atención.

BHRS es responsable de los servicios especializados de salud mental enumerados anteriormente y es responsable de la disponibilidad de estos servicios y de cualquier determinación de necesidad médica. Cualquier disputa será atendida por los planes de acuerdo con su Memorando de Entendimiento.

Si tiene un problema con un proveedor de BHRS del condado de San Mateo, puede comunicarse al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del condado de San Mateo al número indicado anteriormente, O puede llamar al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. para presentar una reclamación.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico no de emergencia

Usted tiene derecho a transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para acudir a sus citas.
Se puede proporcionar transporte médico no de emergencia para acudir a servicios cubiertos como citas médicas, dentales, de salud mental y por consumo de sustancias, y a farmacias.
Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP *o bien* su Especialista y pedirlo. Su PCP *o* Especialista decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán llenando un formulario y presentándolo a CareAdvantage para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP *o* Especialista reevaluará

su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para su reaprobación cada 12 meses.

El transporte médico no de emergencia se realiza en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. CareAdvantage permite el medio de transporte de costo más bajo y el transporte médico que no sea de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Por ejemplo, si puede ser trasladado física o médicamente en una furgoneta para silla de ruedas, CareAdvantage no pagará una ambulancia. Usted únicamente tiene derecho a transporte aéreo si su condición médica hace que cualquier medio de transporte terrestre sea imposible.

Se debe utilizar transporte médico no de emergencia cuando:

- Lo necesite física o médicamente según se determine mediante una autorización por escrito de su PCP o Especialista, debido a que usted no puede usar un autobús, taxi, automóvil o furgoneta para llegar a su cita.
- Necesite 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 ha recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606 por lo menos cinco (5) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame tan pronto como sea posible. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites del transporte médico

CareAdvantage cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubre el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, le ayudarán a programar el transporte. En el **Capítulo 4** de este manual hay una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red de CareAdvantage o de su área de servicio a menos que se autorice previamente.

G2. Transporte no médico

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

- Vaya a viajar hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, **o bien**
- Necesite recoger medicamentos con receta y suministros médicos.

CareAdvantage le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado de llegar a su cita para recibir servicios autorizados de su proveedor. CareAdvantage utiliza los servicios de American Logistics (AL) para proporcionar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de más bajo costo que satisfaga sus necesidades médicas.

A veces, usted puede recibir reembolso por los traslados en un vehículo privado que usted consiga. CareAdvantage debe aprobar esto **antes** de que usted obtenga el traslado, y solo si confirmamos que lo intentó pero no pudo obtener un traslado a través de AL y otros recursos de transporte han sido razonablemente agotados. Puede informarnos llamándonos, enviándonos un email o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

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

Para solicitar un traslado en servicios que han sido autorizados, llame a American Logistics (AL) al 1-877-356-1080 al menos dos (2) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame tan pronto como sea posible. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los miembros indígenas norteamericanos pueden comunicarse con su Clínica de Salud para Personas Indígenas local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

CareAdvantage proporciona el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directamente.**

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

- Se necesita una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico no de emergencia para acudir a un servicio.
- Usted necesita asistencia del conductor hacia y desde la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o mental.
- Usted 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 por Medi-Cal.

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

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas tales como enfermedad, dolor intenso, lesiones graves o una condición médica que está empeorando rápidamente. La condición médica es tan grave que, de no recibirse atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento medio de salud y medicina podría suponer que resulte en:

- un riesgo grave para su vida o la del niño por nacer; **o**
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave en cualquiera de las partes u órganos del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - No haya suficiente tiempo para -trasladarla a usted de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - Una transferencia a otro hospital podría significar una amenaza a la salud o seguridad de usted o del niño por nacer.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 9-1-1 o utilice la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita aprobación ni referencia de su PCP. No necesita acudir a un proveedor dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor que cuente con la debida licencia estatal, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como le sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Le daremos seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más deberá llamar para informarnos de su atención de emergencia, por lo general dentro de un plazo de 48 horas. Llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si tarda en avisarnos. Puede encontrar nuestro número de teléfono de contacto en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de CareAdvantage.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Medicare cubre los servicios médicos y los medicamentos que usted recibe en los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico, Guam, etc.). Medicare no cubre los servicios médicos o los medicamentos que usted obtiene fuera de los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico, Guam, etc.) excepto para servicios de emergencia, tal como se describe a continuación.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Los proveedores que le prestan la atención de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Seguirán tratándole y se pondrán en contacto con nosotros para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores dentro de la red se encarguen de su atención lo antes posible.

Una vez que su condición médica de emergencia ha sido tratada en un hospital y ya no existe una emergencia porque dicha condición se ha estabilizado, el médico que lo está atendiendo puede desear que usted permanezca en el hospital por un tiempo más largo, antes de que salga del hospital en forma segura. Los servicios que usted reciba después de que una condición médica de emergencia se ha estabilizado, se llaman "servicios de postestabilización".

Si el hospital donde recibió los servicios de emergencia no forma parte de la red de CareAdvantage, el hospital no contratado se pondrá en contacto con nosotros para conseguir la aprobación de su atención de posestabilización en el hospital no contratado. Es importante que usted siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro de CareAdvantage para que el hospital no contratado pueda ponerse en contacto con nosotros. Si el hospital no contratado no sabe que usted es miembro de CareAdvantage, usted podría recibir un aviso por escrito en relación al pago.

Si usted puede ser trasladado de forma segura a un hospital de la red, consultaremos con su médico para coordinar y pagar a fin de que lo trasladen del hospital no contratado a un hospital o centro de enfermería de la red de CareAdvantage.

Si decidimos que un hospital o centro de enfermería de la red puede proporcionar la atención que necesita y usted no está de acuerdo con ser transferido, el hospital no contratado le puede dar un aviso por escrito que indique que usted tendrá que pagar todos los servicios de posestabilización que se le brindaron en el hospital no contratado después de que su condición médica de emergencia se haya estabilizado. CareAdvantage podría no pagar la

atención de posestabilización no autorizada o el transporte relacionado con esta que proporcionen hospitales y proveedores no contratados.

Recibir atención de emergencia si no era una emergencia

Algunas veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Usted podría acudir a recibir atención de emergencia y el médico le podría decir que en realidad no se trataba de una emergencia. Siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos la atención recibida.

Sin embargo, una vez que el médico determine que no se trató de una emergencia, cubriremos la atención adicional únicamente si:

- Usted acude a un proveedor dentro de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera "atención requerida de urgencia" y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención requerida de urgencia

La atención requerida de urgencia es la atención que usted recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría experimentar la reagudización de una condición médica existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención requerida de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Solo cubrimos la atención requerida de urgencia si:

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

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor dentro de la red, teniendo en cuenta la hora, el lugar o las circunstancias, cubriremos la atención requerida de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si se trata de una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención médica inmediata, deberá comunicarse con su médico de atención primaria. Su PCP le dará instrucciones sobre la mejor manera de acceder a la atención. También puede acceder a servicios requeridos de urgencia acudiendo a un centro de atención de urgencia. Si un centro de atención de urgencia de la red no es accesible, puede acudir a un centro de atención de urgencia que no esté en nuestra red.

Atención requerida 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 recibir atención de un proveedor dentro de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención requerida de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de

rutina a proveedores que son médicamente necesarias, como las consultas anuales, no se consideran atención requerida de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia ni ninguna otra atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Según su beneficio de Medi-Cal, usted estará cubierto sólo si necesita atención de emergencia y tiene que ser admitido en un hospital de Canadá o México.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: www.hpsm.org/ careadvantage/worldwide-emergency-coverage.

Durante un desastre declarado, si no puede acudir a un proveedor dentro de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

I. ¿Qué ocurre si se le factura directamente por servicios cubiertos?

CareAdvantage no es responsable de reembolsarle el importe de un medicamento que solo esté cubierto por Medi-Cal Rx. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta que esté cubierto por Medi-Cal Rx y no por CareAdvantage, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. De manera alterna, puede pedir a Medi-Cal Rx que le haga el reembolso presentando la solicitud de "Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Si pagó sus servicios cubiertos, o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué debe hacer.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, tal vez no podamos reembolsarle el dinero.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideren médicamente necesarios, **y**

- que aparecen en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*) **y**
- que usted recibe al seguir las reglas del plan.

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

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene el derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica qué hacer si desea que cubramos algún artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame al Departamento de CareAdvantage para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se pasa del límite, tiene que pagar el costo total para poder recibir más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame al Departamento de CareAdvantage para informarse de cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios usted ha utilizado.

J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio. Cuando esté participando en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita avisarnos ni obtener la aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brinden atención médica como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores dentro de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de la evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Lo invitamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para personas inscritas en Medicare Original, lo invitamos a usted o a su administrador de atención a comunicarse con el Departamento de CareAdvantage para informarnos de que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para formar parte de un estudio de investigación clínica que Medicare apruebe, usted no paga nada por los servicios cubiertos en el marco del estudio. Medicare paga los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos de rutina asociados a su atención. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura para recibir la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y alimentos durante la hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no formara parte de un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación;
- tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha** aprobado, usted paga los costos de su participación en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare & Clinical Research Studies" (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 los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de servicios de salud

K1. Definición de institución religiosa no médica de servicios de salud

Una institución religiosa no médica de servicios de salud es un lugar que le proporciona atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de atención especializada de enfermería. Si recibir atención en un hospital o en un centro de atención especializada de enfermería va en contra de sus creencias religiosas, nosotros cubrimos la atención en una institución religiosa no médica de servicios de salud.

Este beneficio solo se aplica a los servicios que se brinda a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

K2. Atención de una institución religiosa no médica de servicios de salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica de servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento **que sea voluntario y no sea obligatorio** según las leyes federales, estatales o locales.

- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención o tratamiento **que no es voluntario y que es obligatorio** de conformidad con las leyes federales, estatales o locales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para servicios de la salud debe cumplir con las condiciones siguientes:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro:
    - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o en un centro de atención especializada de enfermería.
    - Usted debe obtener aprobación de nosotros antes de ser ingresado al centro, o de lo contrario su estancia **no** estará cubierta.

Se aplican los límites de la cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4, Sección D**).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Equipo DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye algunos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas diabéticas, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted es el propietario de algunos artículos DME, tales como dispositivos protésicos.

Otros tipos de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, usted normalmente **no** será el propietario de los artículos DME alquilados.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo DME después de 13 meses de uso continuo. Llame al Departamento de CareAdvantage al número de teléfono que aparece al final de la página para obtener más información.

L2. Propiedad del DME si usted cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo DME los poseen después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo DME antes de adquirirlos.

Como miembro de nuestro plan, el equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas diabéticas, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. Usted siempre es el propietario de determinados artículos, tales como aparatos protésicos. En esta sección, hablamos sobre el equipo DME que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, usted normalmente no será propietario de los equipos DME.
En determinadas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo DME después de 13 meses de uso continuo. Llame al Departamento de CareAdvantage para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que realizar 13 pagos seguidos según Medicare Original, o tendrá que realizar la cantidad de pagos seguidos establecidos por el plan de MA (Medicare Advantage), para ser propietario del artículo DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- y abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en Medicare Original o un plan de MA.

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Medicare Original o un plan de MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o plan de MA no cuentan para los pagos que necesita hacer después de dejar nuestro plan**.

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos seguidos según Medicare Original, o una cantidad de nuevos pagos seguidos establecidos por el plan de MA, para ser propietario del artículo DME.

- No hay excepciones a esta disposición cuando regresa a Medicare Original o a un plan de MA.

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

Si usted reúne los requisitos de un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, nosotros cubrimos:

- alquiler de equipo de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

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

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted sale de nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, usted lo alquila de un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si usted aún está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

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

- el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno por otros 24 meses
- el equipo y los suministros de oxígeno hasta por 5 años si son médicamente necesarios

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Usted lo alquila de un proveedor durante 36 meses.

- Entonces su proveedor proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted sale de nuestro plan y se cambia a otro plan de MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntarle a su nuevo plan de MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos para usted.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites de esos servicios. También le informa sobre beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Nuevos miembros de CareAdvantage: En la mayoría de los casos, usted quedará inscrito en CareAdvantage para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción en CareAdvantage. Aun así, podrá recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CareAdvantage. No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 76

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios 76

C. Información sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan 76

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 79

E. Beneficios del visitante o viajero de nuestro plan 142

F. HPSM Dental 142

G. Apoyo en la comunidad 145

H. Beneficios que se cubren fuera de nuestro plan 146

H1. Programa de Transición a la Comunidad de California (CCT) 146

H2. Medi-Cal Rx 147

H3. Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services) (IHSS) 147

H4. Programas de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) según la exención 1915(c) 148

H5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 150

I. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal 153

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Medi-Cal, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para conocer los detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para saber qué servicios están cubiertos, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606.

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

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

Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si eso sucede, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* o llame al Departamento de CareAdvantage.

C. Información sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan

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

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

- Brindamos servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyan atención médica, servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, equipo y medicamentos deben ser "médicamente necesarios". "Médicamente necesarios" se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para conservar su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted tenga que acudir a un

hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen las normas aceptadas en la práctica médica.

- Para las personas recién inscritas, durante los primeros 90 días no podemos exigirle que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que se inició con un proveedor fuera de la red.

  Usted recibe atención médica de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea una emergencia o atención requerida de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una referencia. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* ofrece más información acerca del uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le proporciona y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que usted pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP u otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama referencia. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* le brinda más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que usted **no** necesita una referencia.

- Cubrimos algunos de los servicios que figuran en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le llama autorización previa (PA). En la Tabla de beneficios marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan PA.

- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente 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, dentro del periodo de 4 meses considerado de elegibilidad continua, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán y sus servicios de Medi-Cal también estarán cubiertos. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas.

- Si tiene alguna de las condiciones crónicas enumeradas a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, usted podría ser elegible para beneficios adicionales:

  - Hipertensión

- Obesidad
- Artritis
- Glaucoma
- Trastornos/discapacidades del desarrollo
- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática en fase terminal
- Enfermedad renal en fase terminal (ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/sida
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos, y
- Accidente cerebrovascular

  La elegibilidad para SSBCI se basa en la identificación de una enfermedad crónica que cumpla con los criterios dentro de un plazo de 36 meses.

- Consulte la fila "Ayuda con ciertas condiciones crónicas" en la Tabla de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratis. Esta manzana 🍎 muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Pagamos un ultrasonido de detección para las personas en riesgo, una sola vez. Nuestro plan únicamente cubre este examen de detección si usted presenta algunos factores de riesgo y si recibe una referencia por parte de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica. Es posible que Medi-Cal pague por servicios adicionales si son médicamente necesarios. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606.	$0
	Acupuntura Pagamos un máximo de dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mismo mes calendario, o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 sesiones de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar (de la espalda baja) crónico, definido como: • que dura 12 semanas o más; • no es específico (que no tiene una causa sistémica que pueda ser identificada, como por ejemplo que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; **y** • no asociado con el embarazo. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), enfermeras especializadas (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol Pagamos un examen de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que hacen uso indebido del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si su examen presenta resultados positivos respecto al consumo indebido de alcohol, usted puede recibir hasta cuatro sesiones cortas de asesoramiento presencial por año (si usted es competente y se encuentra alerta durante el asesoramiento con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o que ejerce en un entorno de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación que sea una emergencia o no lo sea, incluyen tierra y aire (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará hasta el lugar más cercano donde puedan brindarle atención médica. Su condición médica debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención médica puedan poner en peligro su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no emergencias) deben tener nuestra aprobación. En casos que no son emergencias, podríamos pagar el servicio de ambulancia. Su condición médica debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención médica puedan poner en peligro su vida o su salud.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Visita anual para el examen físico Usted puede obtener una consulta anual. Esto es con el fin de crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual para el examen físico no puede ocurrir dentro de los siguientes 12 meses de su visita de **Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no tiene que haber tenido una visita de **Bienvenida a Medicare** para obtener las visitas anuales para el examen físico después de que haya tenido la Parte B por 12 meses.	$0
	Servicios preventivos para el asma Puede recibir orientación sobre el asma y una evaluación del entorno doméstico para detectar los desencadenantes que se encuentran habitualmente en el hogar para personas que tienen dificultades para controlar el asma.	$0
	Densitometría ósea Pagamos determinados procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (generalmente, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de desarrollar osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o identifican la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o más frecuentemente si son médicamente necesarios. También pagamos los servicios de un médico para que evalúe y comente los resultados.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Examen para la detección del cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca tales como ejercicio, orientación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden del médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0
	Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia de la enfermedad cardiovascular) Pagamos una visita por año, o más de ser médicamente necesarias, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a disminuir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante la visita, su médico puede: • hablar con usted sobre el consumo de aspirina, • revisar su presión arterial, **y/o** • darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose bien.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Exámenes de detección para la enfermedad cardiovascular (corazón) Pagamos exámenes de sangre para detectar la presencia de la enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de sangre también buscan identificar anomalías relacionadas con el alto riesgo de enfermedad cardíaca.	$0
	Examen para la detección del cáncer cervical y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, una vez cada 24 meses • Para las mujeres que corren un alto riesgo de desarrollar cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y se encuentran en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) o prueba de Papanicolaou más HPV una vez cada 5 años	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Medi-Cal cubre servicios quiroprácticos para niños y jóvenes hasta el día que cumplen 21 años. Se cubren 24 visitas. Estos servicios también están cubiertos para adultos que reciban atención a largo plazo en un centro de enfermería o un centro de atención intermedia, para adultos que reciban estos servicios en un hospital o clínica de servicios ambulatorios y para mujeres embarazadas si alguna condición médica pudiera complicar el embarazo. Los servicios se proporcionan como un beneficio de autorreferencia y no requieren referencia del PCP, de otro médico o profesional médico. Deben ser proporcionados por un proveedor de CareAdvantage. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606.	$0
	Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Examen para la detección del cáncer colorrectal** Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopía no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopía flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no se encuentran en alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada, o cuando han transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopía flexible de detección o colonoscopía de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía de detección por tomografía computarizada que se lleve a cabo después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada o la última colonoscopía de detección. • Sigmoidoscopía flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopía de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopía flexible o colonografía por tomografía computarizada. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Examen de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasivo de heces cubierto por Medicare arroja un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopía flexible de detección planificada o una colonoscopía de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, o cualquier otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios dentales Determinados servicios dentales serán administrados por Health Plan of San Mateo a través de un programa llamado HPSM Dental. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la **Sección F**. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos al trasplante de órganos. Usted recibe servicios dentales de HPSM Dental. Si necesita ayuda para encontrar un dentista o ayuda para obtener servicios dentales, puede llamar al 1-866-880-0606 (sin costo) (TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1). También puede visitar el sitio web de HPSM en www.hpsm.org/dental para obtener más información.	$0
	Examen para la detección de la depresión Pagamos un examen para la detección de la depresión cada año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	$0
	Examen para la detección de la diabetes Pagamos este examen (que incluye examen de glucosa en la sangre en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y de triglicéridos (dislipidemia) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Examen para la detección de la diabetes (continuación) • obesidad • historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa) Se pueden cubrir exámenes en algunos otros casos, como si usted tiene sobrepeso y un historial familiar de diabetes. Usted podría reunir los requisitos para hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen para la de detección de la diabetes más reciente.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Capacitación en autocontrol, servicios y suministros para la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen insulina o no): • Suministros para monitorear su nivel de glucosa en la sangre, que incluye: ○ monitor del nivel de glucosa en la sangre ○ tiras reactivas del nivel de glucosa en la sangre ○ dispositivos con lancetas y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas que tienen diabetes con afección diabética grave de los pies, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas plantillas), incluida la prueba de ajuste y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, **o** ○ un par de zapatos profundos, incluida la prueba de ajuste, y tres pares de plantillas cada año (no incluye las plantillas desmontables no personalizadas que se proporcionan con esos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese al Departamento de CareAdvantage. Se requiere autorización previa para los suministros para personas diabéticas que no figuran en la lista de medicamentos aprobados.	$0
	Servicios de doula Para las mujeres embarazadas pagamos nueve visitas con una doula (asistente de parto) durante los periodos prenatal y posparto, así como apoyo durante el parto. Se pueden proporcionar hasta nueve visitas de postparto adicionales.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro* para una definición de "equipo médico duradero (DME)." Los siguientes artículos están cubiertos: • sillas de ruedas, incluidas las eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • almohadilla de presión seca para el colchón • suministros para personas diabéticas • camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y pértiga • dispositivos generadores de voz • equipos de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastón común con empuñadura curvada o bastón de cuatro patas y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de cuidados de diálisis Otros artículos podrían estar cubiertos. Pagamos todo el equipo DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede solicitarlo como un pedido especial para usted.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Atención de emergencia
	
	La atención de emergencia se refiere a servicios que son:
	• suministrados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, **y**
	• necesarios para evaluar o atender una emergencia médica.
	
	Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor agudo o condición médica que está empeorando rápidamente. La condición médica es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento medio de salud y medicina podría suponer que resulte en:
	• un riesgo grave para su salud o la del niño por nacer; **o**
	• daños graves a las funciones corporales; **o**
	• disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo o
	• pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad.
	• En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
	  ○ No haya suficiente tiempo para -trasladarla a usted de manera segura a otro hospital antes del parto.
	  ○ Una transferencia a otro hospital podría significar una amenaza a la salud o seguridad de usted o del niño por nacer.
	
	Medicare cubre los servicios médicos y los medicamentos que usted recibe en los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico, Guam, etc.). Medicare no cubre los servicios médicos o los medicamentos que usted obtiene fuera de los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico, Guam, etc.) excepto para servicios de emergencia, tal como se describe a continuación.
	
	Este beneficio continúa en la página siguiente
		$0
		
		Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se estabilice (por ejemplo, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su atención), puede quedarse en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente hospitalizado solo si nuestro plan aprueba su estadía.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención de emergencia (continuación) *Si viaja a Canadá o México y necesita servicios de emergencia y es hospitalizado, HPSM Medi-Cal cubrirá su atención. Si usted paga por servicios de emergencia que requieren hospitalización en Canadá o México, puede solicitar a HPSM que le reembolse el dinero. HPSM examinará su solicitud. Si HPSM acuerda reembolsarle, se le pagará la cantidad que HPSM le habría pagado a su proveedor (la cantidad permitida por Medi-Cal). Esto puede ser menos que la cantidad que usted le pagó al proveedor.*	

	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (dispositivo intrauterino [IUC/IUD], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, tapa) • servicios limitados de fertilidad, como asesoramiento y orientación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad, y/o asesoramiento médico previo a la concepción, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). • asesoramiento y pruebas de detección del VIH y el sida, y otras enfermedades relacionadas con el VIH • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar; debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted debe acudir a un proveedor de nuestra red de proveedores para recibir los siguientes servicios: • tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada) • tratamiento del sida y otras condiciones médicas relacionadas con el VIH	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	• pruebas genéticas	
	Programa de Membresía de Fitness Pagamos una membresía de YMCA. La membresía incluye acceso a: • Centros de YMCA en los condados de San Mateo y Santa Clara y en San Francisco. Los centros pueden incluir equipo de ejercicio, canchas de baloncesto, espacios de fitness interiores o exteriores y piscinas interiores o exteriores. • Más de 600 clases de ejercicio en grupo, tanto en persona como en línea, dirigidas por instructores certificados en yoga, Pilates, Zumba, ciclismo, fitness acuático y mucho más. • Asesoramiento en bienestar en persona y en línea para ayudarle a cumplir sus metas de salud. Para obtener su membresía de YMCA, usted puede: • Visitar un centro de YMCA cercano y mostrar su tarjeta de identificación de miembro de HPSM CareAdvantage. • Inscríbase en línea visitando www.hpsm.org/fitness. Elija un centro de YMCA cercano y haga clic en el enlace "enroll today" (inscríbase hoy).	$0
	Traslados del Programa de Membresía de Fitness Este beneficio cubre 12 traslados de ida o vuelta por mes para el Programa de Membresía de Fitness. Cada traslado solo puede cubrir el trayecto entre el hogar y el centro de YMCA seleccionado. Los usuarios deben seguir todas las reglas del Beneficio de traslados de HPSM. Vea la sección de Transporte: Transporte no médico, para conocer las reglas del beneficio.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Programas de orientación para la salud y el bienestar** Ofrecemos muchos programas que se centran en determinadas condiciones médicas. Estos incluyen: • clases de orientación para la salud; • clases de orientación nutricional; • orientación para dejar de fumar y consumir tabaco; **y** • línea directa de servicios de enfermería.	$0
	Servicios de audición* Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para paciente ambulatorio cuando se las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los aparatos auditivos cuando los prescribe un médico u otro proveedor calificado, lo que incluye: • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis visitas para capacitación, ajustes y prueba de ajuste con el mismo proveedor después de obtener el aparato auditivo • período de prueba de alquiler de aparatos auditivos • dispositivos de escucha asistida, dispositivos auditivos por conducción ósea de uso superficial • servicios de audiología y posevaluación relacionados con aparatos auditivos	$0

	Healthy Foods/comestibles Cubrimos algunos productos alimenticios a través de nuestro programa de alimentos saludables Healthy Foods sin costo alguno para usted. Recibirá una asignación o límite de gastos cada tres meses (trimestralmente) para comprar artículos alimenticios en tiendas minoristas, o a través del sitio web de nuestro proveedor. Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre: el 1.° de enero, el 1.° de abril, el 1.° de julio y el 1.° de octubre. Puede utilizar este beneficio para obtener artículos como fruta, verduras, carnes y alimentos enlatados, y otros productos que cumplan los requisitos incluidos en el sitio web del proveedor, y/o en tiendas minoristas (lo que se basa en la lista aprobada). • Asignación trimestral de $25 (los fondos no utilizados no se trasladarán al siguiente trimestre) Para poder reunir los requisitos de este beneficio, debe tener ciertas condiciones médicas crónicas. Solo aquellos miembros que padezcan una condición crónica específica podrán reunir los requisitos para recibir los beneficios de comestibles (consulte la lista de condiciones crónicas que se incluye a continuación): • Hipertensión • Obesidad • Artritis • Glaucoma • Trastornos/discapacidades del desarrollo • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	• Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en fase terminal • Enfermedad renal en fase terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/sida • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular Los artículos deben formar parte de la lista de productos alimenticios aprobados.	
	Examen para la detección de VIH Pagamos un examen para la detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten un examen para la detección del VIH, **o** • se encuentren en mayor riesgo de contraer la infección del VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos los exámenes de detección de VIH adicionales cuando los recomiende su proveedor.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Agencia de atención médica en el hogar Antes de que pueda obtener servicios de atención médica en el hogar, un médico debe decirnos que usted los necesita, y deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • los servicios de enfermería especializada y de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitente (para que estén cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y atención médica en el hogar deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • suministros y equipo médico	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como los medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican bajo la piel y que se le proporcionan en casa. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en casa: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y orientación al miembro que no estén ya incluidas en el beneficio de equipo DME; • monitoreo a distancia; **y** • servicios de monitoreo para la administración 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.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención para pacientes terminales Usted tiene derecho a optar por recibir atención para pacientes terminales si su proveedor y el director médico de atención para pacientes terminales determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y una expectativa de vida de seis meses o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de la misma. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de reemplazo temporal a corto plazo • atención en el hogar **Los servicios de atención para pacientes terminales y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal son facturados a Medicare:** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de atención para pacientes terminales por sus servicios de atención para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de atención para pacientes terminales facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original pague. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare. Cubrimos los servicios sin importar si están o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga *nada* por estos servicios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención para pacientes terminales (continuación) **En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por la atención para pacientes terminales y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. **Nota:** Si usted padece una enfermedad grave, puede reunir los requisitos 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. Usted puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que recibe atención curativa/común. Por favor consulte la sección de Cuidados paliativos a continuación para obtener más información. **Nota:** Si necesita atención que no es para pacientes terminales, llame a su administrador de atención o al Departamento de CareAdvantage para coordinar los servicios. La atención que no es para pacientes terminales es atención que **no** está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre la atención para pacientes terminales (solo una vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de atención para pacientes terminales.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales de ser médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • vacuna contra el papilomavirus humano (HPV) • otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* para obtener más información.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención para pacientes hospitalizados* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos de las unidades de atención especial, tales como las unidades de cuidado intensivo o coronario • medicamentos y medicinas • exámenes de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • costo de la sala de operaciones y de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios para el trastorno por consumo de sustancias a pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Usted debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia ha sido estabilizada.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare evaluará su caso y decidirá si usted es candidato para trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede obtener estos servicios localmente o fuera del patrón de atención correspondiente a su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención correspondiente a su comunidad y usted elige recibir el trasplante ahí, hacemos los arreglos necesarios o pagamos el alojamiento y los costos de transporte para usted y un acompañante. • sangre, incluido su almacenamiento y suministro • servicios del médico **Nota:** Para ser paciente hospitalizado, su proveedor deberá solicitar por escrito una orden para admitirlo formalmente como paciente en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría de todos modos ser considerado como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare sobre los *Beneficios hospitalarios de Medicare*. 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.	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* Pagamos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos que son médicamente necesarios para los pacientes hospitalizados. La autorización para recibir atención después de los 190 días es coordinada con la agencia local de salud mental del condado. ○ El límite de 190 días **no** se aplica a los servicios de salud mental como paciente hospitalizado que se proporcionen en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que obtiene en un Instituto para enfermedades mentales (IMD).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Estadía de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención especializada de enfermería (SNF) durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta*	$0

No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.

Sin embargo, en ciertas situaciones en las que no se cubre la atención como paciente hospitalizado, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese al Departamento de CareAdvantage.

Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios no mencionados aquí:

- servicios de los médicos
- exámenes de diagnóstico, tales como exámenes de laboratorio
- radiografías, radioterapia o terapia con isótopos, incluidos materiales y servicios de los técnicos
- apósitos quirúrgicos
- férulas, enyesado y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones
- dispositivos protésicos y aparatos ortopédicos, que no sean dentales, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos. Se trata de aparatos que sustituyen la totalidad o parte de:
  - un órgano interno del cuerpo (incluidos los tejidos contiguos), **o**
  - la función de un órgano interno del cuerpo no operativo o dañado.
- dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas artificiales, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en su condición médica
- terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios y suministros para la enfermedad renal* Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de orientación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Debe tener la enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación orientación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido en un hospital como paciente hospitalizado para recibir atención especial • Capacitación de auto diálisis, incluidos capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipo y suministros de diálisis para el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para examinar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y examinar su equipo de diálisis y suministro de agua). Medicare Parte B paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Examen para la detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)** Nuestro plan paga los exámenes para la detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene de 50 a 77 años, **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o fuma ahora o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige ofrecer asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para las detecciones de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	$0
	Dispositivo de alerta médica Este beneficio cubrirá un dispositivo de alerta médica personal y el monitoreo mensual.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. Es también para después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento cara a cara durante el primer año en que usted obtiene servicios de terapia de nutrición médica según lo dispuesto por Medicare. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento cara a cara cada año a partir de eso. Si su condición médica, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir horas adicionales de tratamiento mediante una orden del médico. El médico deberá recetar estos servicios y renovar su orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.	$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga por servicios del MDPP para personas que reúnen los requisitos. El MDPP ha sido creado para ayudarle a aumentar el comportamiento saludable. Brinda capacitación práctica sobre: • cambio en la alimentación a largo plazo, **y** • aumento de la actividad física, **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los medicamentos siguientes: • medicamentos que generalmente no se administra usted mismo y son inyectados o administrados mediante infusión mientras usted obtiene servicios del médico, en un hospital como paciente ambulatorio o en centros de cirugía para pacientes ambulatorios • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted toma utilizando equipo médico duradero (como un nebulizador) que fue autorizado por nuestro plan • el medicamento contra el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico: lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se suministran por inyección a sí mismo si padece de hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante 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 • medicamentos contra la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si la persona está confinada en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no se puede inyectar el medicamento por sí misma. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (la forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que aparezcan nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hace la Parte D • medicamentos contra las náuseas administrados por vía oral: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilizan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se emplean como sustitución terapéutica completa de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato de acuerdo con el sistema de pago de enfermedad renal en fase terminal (ESRD), incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con algunas otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa®, Mircera®, o Metoxi polietilenglicol-epotina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias de inmunodeficiencia • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) alimentación enteral **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que usted debe seguir a fin de que los medicamentos con receta sean cubiertos. El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* explica cuánto paga usted por sus medicamentos a través de nuestro plan.	
	Atención en centros de enfermería* Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibir la atención en su hogar pero que no necesitan ingresar a un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que le son suministrados a usted como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación sanguínea.) • sangre, incluido su almacenamiento y suministro • suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por los centros de enfermería **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería (continuación) • exámenes de laboratorio generalmente proporcionados por los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por los centros de enfermería • uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios del médico/profesional de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podiatría Generalmente usted recibe su atención en centros dentro de la red. Sin embargo, podría recibir atención en instalaciones que no son de la red. Usted puede obtener atención de los siguientes lugares si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilación de atención continua donde usted estaba viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar brinde atención de enfermería), • un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica está viviendo al momento en que usted deja el hospital.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Examen para la detección de la obesidad y para mantener bajo el peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarle a perder peso. Usted debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, éste se puede administrar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0
	Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) Nuestro plan paga los servicios siguientes para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • actividades de ingesta • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y suministro de estos medicamentos • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • terapia individual y en grupo • pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el organismo (pruebas toxicológicas) • servicios de recuperación • servicios de intervención durante una crisis	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Exámenes de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no mencionados aquí: • Radiografías • radioterapia (con radio o con isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como apósitos • férulas, enyesado y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • exámenes de laboratorio • sangre, incluido su almacenamiento y suministro • exámenes de diagnóstico no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las indica para tratar una condición médica • otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios con el fin de determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren únicamente cuando son indicados por un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o solicitar exámenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya ordenado por escrito que se le admita como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría de todos modos ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa sobre los Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, entre ellos: • Los servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía de pacientes ambulatorios o Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser ingresado en el hospital como "paciente hospitalizado". o A veces puede estar en el hospital durante la noche y seguir siendo "paciente ambulatorio". o Puede obtener más información para saber si usted es paciente hospitalizado o paciente ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento con hospitalización de no contar con dicha atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como férulas y enyesado • Exámenes y servicios preventivos que figuran en toda la Tabla de beneficios • Ciertos medicamentos que usted no se puede administrar a sí mismo Se requiere autorización previa para algunos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios de salud mental proporcionados por: • un médico o psiquiatra que cuente con la licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional autorizado (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) • una enfermera especializada (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas intensivos para pacientes ambulatorios • pruebas y tratamiento de salud mental individual o en grupo • pruebas psicológicas cuando sea clínicamente indicado para evaluar un padecimiento de salud mental • servicios ambulatorios para supervisar la terapia de medicamentos • análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos, para pacientes ambulatorios • consultas psiquiátricas Se requiere autorización previa para algunos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Pagamos por terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) y otras instalaciones.	$0
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol • tratamiento para el abuso de drogas • asesoramiento en grupo o individual por parte de un profesional clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de tratamiento de adicciones • servicios para el tratamiento del consumo de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Cirugía para pacientes ambulatorios* Pagamos cirugía y servicios para pacientes ambulatorios, en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros de cirugía para pacientes ambulatorios. **Nota:** Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será atendido como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted será considerado paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría de todos modos ser considerado paciente ambulatorio.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos que no requieren receta (OTC) Puede obtener algunos medicamentos que no requieren receta (OTC) sin costo alguno para usted a través de CareAdvantage de dos maneras: 1) **Con una receta de su médico.** Si su médico le receta un medicamento que no requiere receta, usted puede recogerlo en cualquier farmacia de la red. Vea la lista completa de medicamentos OTC cubiertos en nuestro sitio web **www.hpsm.org**. 2) **Uso de su beneficio de CareAdvantage OTC (no se requiere receta).** Para los productos cubiertos bajo el beneficio de CareAdvantage OTC, usted recibirá una asignación o límite de gastos de $75 cada tres meses (trimestralmente) para comprar artículos y suministros que no requieren receta en tiendas minoristas, a través del catálogo de venta por correo de productos OTC o en el sitio web de nuestro proveedor. Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre: el 1.° de enero, el 1.° de abril, el 1.° de julio y el 1.° de octubre. Cualquier saldo restante no se trasladará al siguiente trimestre. Puede utilizar este beneficio para obtener artículos como acetaminofeno, vendas, medicamentos para el resfriado y la tos y otros productos que cumplen los requisitos incluidos en el catálogo de venta por correo, el sitio web de nuestro proveedor y/o en tiendas minoristas (lo que se basa en la lista aprobada por CMS). Los artículos deben formar parte de la lista autorizada por CMS de productos OTC aprobados. Para obtener más información sobre qué productos OTC cubrimos a través del beneficio de medicamentos con receta o a través del beneficio de CareAdvantage OTC, visite nuestro sitio web en www.hpsm.org o llame al Departamento de CareAdvantage. Si hay un medicamento que no requiere receta que no cubrimos, es posible que esté cubierto a través de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Por favor lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Cuidados paliativos Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporcionan atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos **no** son lo mismo que la atención para pacientes terminales, por lo que usted no necesita tener una esperanza de vida de seis meses o menos para reunir los requisitos de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se proporcionan al mismo tiempo que recibe atención curativa/de rutina. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • planificación anticipada de la atención • evaluación y consulta de cuidados paliativos • un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios de salud mental y los servicios sociales médicos • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de la atención • control del dolor y manejo de los síntomas Si tiene más de 21 años, no puede recibir atención para pacientes terminales y cuidados paliativos al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con los requisitos de la atención para pacientes terminales, puede solicitar el cambio a la atención para pacientes terminales en cualquier momento.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o asesor profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. *El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud conductual (mental) que se proporciona como servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud aprobado por el gobierno federal, o una clínica rural de salud que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.*	$0
	Servicios del médico/proveedor incluidas las visitas al consultorio médico* Pagamos los siguientes servicios: • atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios proporcionados en lugares como: • consultorio médico • centro certificado de cirugía para pacientes ambulatorios • departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • estudios auditivos y del equilibrio básicos que lleva a cabo su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para averiguar si usted necesita tratamiento **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios del médico/proveedor incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) para miembros con diálisis en casa en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por 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: • usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud; • tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud; • se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • servicios de telesalud para las consultas de salud mental proporcionados por las clínicas rurales de salud y los centros de salud federalmente calificados. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios del médico/proveedor incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:** o usted no es un paciente nuevo; o la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o no conduce a una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o a la cita más próxima disponible. • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en las 24 horas siguientes **si:** o usted no es un paciente nuevo; o la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o no conduce a una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, por Internet o por medio de la historia clínica electrónica si usted no es paciente nuevo • Una segunda opinión antes de una cirugía Se requiere autorización previa para los servicios de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios y los servicios del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolones) • cuidado rutinario de los pies para miembros con condiciones médicas que afectan las piernas, como la diabetes	$0
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que usted tiene un riesgo elevado de VIH, cubrimos la medicación de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la cuota por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidos la evaluación de riesgo de VIH, la reducción de riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Un único examen de detección del virus de la hepatitis B.	
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • examen de tacto rectal digital • prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Aparatos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados* Los aparatos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de los aparatos protésicos y ortopédicos • bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos los kits de suministro de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptador, soluciones y suministros para las inyecciones autoadministradas • marcapasos • dispositivos ortopédicos • zapatos ortopédicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para sustituir total o parcialmente una parte del cuerpo facial externo que fue extirpada o deteriorada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • pomadas y pañales contra la incontinencia Pagamos algunos suministros relacionados con los aparatos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o reemplazo de aparatos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos determinada cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte "Atención de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles. No pagamos las prótesis dentales. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia para los aparatos protésicos y suministros relacionados.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen una enfermedad respiratoria obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave. Usted debe contar con una orden para la rehabilitación pulmonar de parte del médico o proveedor que está tratando la COPD. Pagamos servicios respiratorios para los pacientes que dependen de un respirador.	$0
	Examen para la detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen para la detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo ordena y usted cumple una de estas condiciones: • Se encuentra en alto riesgo porque utiliza o ha utilizado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos por un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido utilizando drogas inyectables ilícitas desde su último examen para la detección negativo de hepatitis C), cubrimos exámenes de detección anuales.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento** Cubrimos exámenes para la detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Un proveedor de atención primaria debe ordenar los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara, cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede ser de 20 a 30 minutos de duración. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un entorno de atención primaria, tal como el consultorio de un médico.	$0

	Atención en centro de atención especializada de enfermería (SNF)* Para una definición de la atención en un centro de atención especializada de enfermería, consulte el **Capítulo 12**. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • alimentos, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos suministrados a usted como parte de su plan de atención, donde se incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido su almacenamiento y suministro • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de atención especializada de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés) • exámenes de laboratorio proporcionados por centros de atención especializada de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios del médico/proveedor Generalmente usted recibe atención de SNF en centros dentro de la red. Bajo ciertas condiciones, podría recibir atención en un centro que no está en nuestra red. Usted puede obtener atención de los siguientes lugares si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilación de atención continua donde usted estaba viviendo antes de	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar brinde atención de enfermería) • un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica está viviendo al momento en que usted deja el hospital	
	Orientación para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco se cubre para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de que presenten o no signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • son competentes y atentos durante el asesoramiento • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos dos intentos de dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un total de hasta ocho sesiones por año).	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Terapia de ejercicio supervisado (SET) Pagamos la terapia SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una referencia para la enfermedad PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la terapia SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias El programa SET debe ser: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la enfermedad PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno para pacientes ambulatorios en un hospital o en el consultorio de un médico • impartido por personal calificado que se asegura de que el beneficio supera al daño y que cuenta con capacitación en terapia de ejercicios para la PAD • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera especializada/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte: Transporte médico no de emergencia Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta con camilla y camioneta para silla de ruedas. Las formas de transporte están autorizadas cuando: • Su proveedor médico determina que su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, taxi, auto de pasajeros u otra forma de transporte público o privado, **y** se requiere autorización previa, por lo cual deberá llamar a su plan para coordinar un traslado. Los servicios de transporte médico no de emergencia (NEMT) incluyen el traslado médico en ambulancia, camioneta con camilla y camioneta para silla de ruedas a fin de recibir atención que no es de emergencia. HPSM requiere autorización previa para los servicios de NEMT. • El proveedor que atiende al miembro tiene que llenar el formulario de autorización previa y la declaración de certificación del médico (PCS) y presentarlos a HPSM. • El médico tratante puede presentar una solicitud de servicios NEMT para un periodo de hasta **12 meses** si se necesita el transporte recurrente para apoyar el plan de tratamiento del miembro. El transporte debe ser solicitado al menos cinco a siete días hábiles antes de la cita programada. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage. Se permite la autorización retroactiva de los servicios NEMT. Las solicitudes de autorización retroactiva están sujetas a rechazo, por ejemplo, por falta de necesidad médica.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Transporte: Transporte no médico (Beneficio de traslados de HPSM) Este beneficio permite el transporte para acudir a servicios médicos en auto de pasajeros, taxi, u otras formas de transporte público/privado. Se requiere el transporte para obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el traslado a las citas con el dentista y a recoger medicamentos. Se cubre el transporte para los servicios cubiertos por Medi-Cal y por Medicare. NMT proporciona traslados a los miembros para que acudan a servicios relacionados con la atención médica para pacientes ambulatorios, como citas con el médico, citas dentales, servicios de salud conductual, terapia física, laboratorios clínicos, farmacias (para recoger los medicamentos con receta ordenados por su proveedor y pagados por HPSM), etc. Los traslados a servicios no relacionados con la atención médica (como tiendas de comestibles, gimnasios, escuelas, etc.) no están cubiertos. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606. Para solicitar un traslado: 1. Llame al proveedor contratado por HPSM, American Logistics (AL), al 1-877-356-1080, al menos dos (2) días hábiles antes de su cita. 2. O llame tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. 3. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-855-3000 o marcar 7-1-1. **4.** El horario del centro de atención telefónica de AL es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	5. Las solicitudes para traslados en taxi deben hacerse al menos 2 días hábiles antes de la hora programada para que pasen por usted. 6. Los traslados deben cancelarse al menos 2 horas antes de la hora para que pasen por usted. 7. Todas las solicitudes de traslado deben presentarse a través de AL. Los traslados se autorizarán solamente a través de las compañías/conductores que tienen contrato con AL. No se cubrirán otras formas de NMT. 8. El Departamento de CareAdvantage debe preautorizar los siguientes traslados antes de ser programados: a. Traslados que comienzan y/o terminan fuera de los condados de San Mateo, San Francisco y/o Santa Clara. b. Traslados de más de 50 millas de ida sin importar el condado de destino. c. Si tanto la dirección a la que deben pasar por usted como la de destino están fuera del condado de San Mateo. d. Los miembros no recibirán reembolso por los traslados no autorizados (no aprobados por AL). 9. CareAdvantage cubrirá hasta 12 traslados de ida o 6 de ida y vuelta a su YMCA local, al mes. **Uso de NMT** 1. Cuando usted llame a AL para solicitar transporte, AL le preguntará: a. Su número de identificación de HPSM, la fecha y hora en que se necesita el traslado, las direcciones a las que deben pasar por usted y de destino, su número de teléfono celular y si necesita un traslado de ida y vuelta. • Programe la hora para que pasen por usted al menos setenta y cinco (75) minutos antes de la hora de su cita de forma que llegue dentro de los quince (15) minutos previos a la hora programada de la cita.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	b. Si el traslado es para un propósito relacionado con la salud • Los traslados que no tengan un propósito relacionado con la salud serán denegados. c. Si tiene otro medio de transporte para ir a su cita. d. Si su cita es en un consultorio médico o dental, farmacia, centro de terapia de rehabilitación, centro de exámenes de diagnóstico, etc. e. Si desea un traslado de vuelta a casa (esto se llama traslado "llamará"). AL trazará la dirección de destino para verificar que la ubicación es un lugar médico o relacionado con la salud. f. Qué tipo de transporte desea: • Acera a acera: para utilizar este servicio usted debe tener un teléfono celular que pueda recibir mensajes de texto de su conductor, y usted debe poder esperar al vehículo en la acera. • De puerta a puerta: utilice este servicio si usted es paciente ambulatorio pero necesita ayuda del conductor para entrar y/o salir del vehículo y/o ayuda para entrar en un edificio. o También se utilizará el servicio de puerta a puerta si usted no tiene un teléfono móvil que pueda recibir mensajes de texto de un conductor. • El conductor le esperará no más de 5 minutos en el lugar donde deba recogerlo, por lo cual sea puntual y esté listo para su traslado. • El conductor estará programado para recogerle al menos setenta y cinco (75) minutos antes de la hora de su cita, a fin de que usted llegue al menos quince (15) minutos antes de la hora programada de la cita. 2. Es posible que tenga que compartir un vehículo con otro miembro de HPSM que vaya al mismo destino.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	3. Si programa un traslado de ida y vuelta, debe llamar a AL cuando esté listo para que lo recojan para el traslado de vuelta. El traslado de vuelta se llama "will-call" (traslado "llamará"). 4. Otra persona puede ir con usted en el vehículo. Cuando llame a AL para programar un traslado, informe a AL que alguien irá con usted. 5. Si necesita cancelar un traslado, debe llamar a AL al menos dos (2) horas antes de la hora programada para que pasen por usted. Esto evitará un traslado "no se presentó". 6. Debido al tráfico imprevisto u otras razones, su vehículo de traslado puede llegar más tarde de la hora programada para que pasen por usted. 7. En el caso de los traslados iniciales del lugar a donde deben pasar por usted (el traslado de ida) a la cita programados con anticipación, se considera que un traslado está retrasado si el conductor llega más de quince (15) minutos después de la hora programada para que pasen por usted. 8. Para los traslados a casa después de una cita (también conocidos como traslados "will-call" o traslados "llamará"), se considera que un traslado está retrasado si el conductor llega más de cuarenta y cinco (45) minutos después de que usted llamó a AL para pedir el traslado de regreso. NMT no se aplica si: 1. Una ambulancia, camioneta con camilla o camioneta para silla de ruedas u otra forma de NEMT es médicamente necesaria para obtener un servicio cubierto. 2. Usted necesita asistencia del conductor hacia y desde la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o mental. 3. Está en una silla de ruedas y/o no puede entrar y salir del vehículo sin ayuda del conductor. 4. El servicio no está cubierto por Medicare ni por Medi-Cal.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte: Transporte no médico (continuación) HPSM revisa la actividad de traslados NMT para asegurar que los traslados se utilicen de la manera correcta. HPSM comprobará si usted ha recibido traslados: • A lugares no relacionados con atención a la salud. • A lugares relacionados con atención a la salud cuando usted no tenía cita. • A citas después de horas hábiles para atención a la salud. • A farmacias, pero usted no tenía medicamentos con receta pagados por HPSM para recoger • Que usted no tomó cuando llegó el conductor (traslados "no se presentó"). Si hace mal uso de sus traslados, se le colocará en una **lista de verificación de citas**. Tendrá que obtener la aprobación de HPSM antes de que pueda programar un traslado. AL llamará a los proveedores que lo atienden para verificar que tiene una cita y/o medicamentos con receta que recoger. Si usted figura en la **lista de verificación de citas**, AL no le programará un traslado sin confirmación.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención requerida de urgencia La atención requerida de urgencia es atención que se le brinda para atender: • una condición que no es emergencia y que requiera atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una condición médica que necesita atención de inmediato. Si necesita atención requerida de urgencia, primero debe tratar de obtenerla con un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor dentro de la red porque, teniendo en cuenta la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no resulta razonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición médica no visible pero que no es una emergencia médica). No hay cobertura de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Atención de la vista** Pagamos los siguientes servicios: • un examen de rutina de la vista cada año **y** • usted tiene hasta $175 para anteojos (montura y lentes) o hasta $175 para lentes de contacto cada año. Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. A las personas con alto riesgo de glaucoma, les pagamos el examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con historial familiar de glaucoma • personas con diabetes • Afroamericanos que tienen 50 años o más • Hispano estadounidenses que tienen 65 años o más Para las personas que tienen diabetes, pagamos el examen de detección de la retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular, realizada por el médico. Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Esta visita incluye: • una evaluación de su salud, • orientación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), **y** • referencias para recibir otro tipo de atención si la necesita. **Nota:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" sólo durante los primeros 12 meses en que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare».	$0

E. Beneficios del visitante o viajero de nuestro plan

Si se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de 6 meses consecutivos pero no se muda de forma permanente, por lo general debemos cancelar su membresía a nuestro plan. Sin embargo, mientras esté fuera del área, ofrecemos un beneficio de emergencia para visitantes/viajeros en todo el mundo. El beneficio cubre hasta $25,000 para atención de emergencia y servicios de emergencia.

Si se encuentra en un área de visitantes/viajeros, puede permanecer inscrito en el plan hasta 6 meses a partir del inicio de su viaje. Si no regresa al área de servicio de nuestro plan para cuando termine el sexto mes, daremos de baja su membresía en nuestro plan.

F. HPSM Dental

Los servicios dentales correspondientes a Health Plan of San Mateo (HPSM) serán administrados por HPSM Dental.

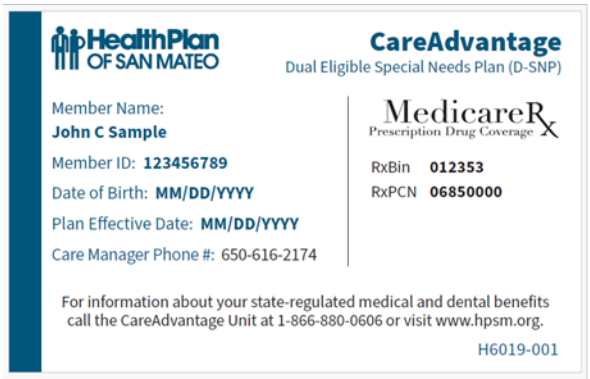
Los servicios incluyen, entre otros:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- Restauraciones y coronas

- Tratamiento de extracción de la raíz (dientes)
- Dentaduras postizas, ajustes, reparaciones y recolocaciones.

Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte la red de HPSM Dental, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web www.hpsm.org/dental para obtener más información.

Para obtener servicios dentales deberá tener una tarjeta de identificación de miembro de HPSM y una tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal. Es posible que su dentista quiera usar su tarjeta BIC de Medi-Cal para confirmar su elegibilidad de Medi-Cal. La BIC es una tarjeta de plástico. Tiene una "flor de amapola" o un diseño "azul y blanco".


HealthPlan OF SAN MATEO

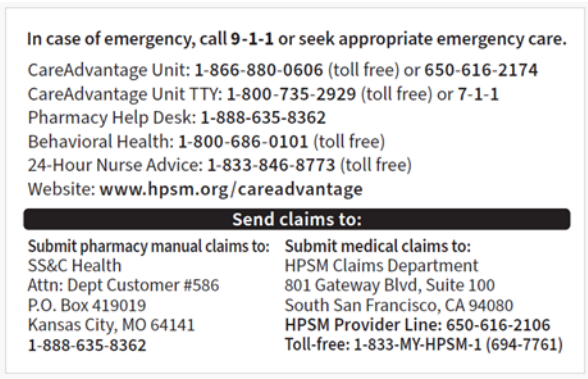
CareAdvantage
Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

Member Name: **John C Sample**
Member ID: **123456789**
Date of Birth: **MM/DD/YYYY**
Plan Effective Date: **MM/DD/YYYY**
Care Manager Phone #: 650-616-2174

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
RxBin **012353**
RxPCN **06850000**

For information about your state-regulated medical and dental benefits call the CareAdvantage Unit at 1-866-880-0606 or visit www.hpsm.org.

H6019-001


In case of emergency, call 9-1-1 or seek appropriate emergency care.

CareAdvantage Unit: **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174**
CareAdvantage Unit TTY: **1-800-735-2929** (toll free) or **7-1-1**
Pharmacy Help Desk: **1-888-635-8362**
Behavioral Health: **1-800-686-0101** (toll free)
24-Hour Nurse Advice: **1-833-846-8773** (toll free)
Website: **www.hpsm.org/careadvantage**

Send claims to:

Submit pharmacy manual claims to:
SS&C Health
Attn: Dept Customer #586
P.O. Box 419019
Kansas City, MO 64141
1-888-635-8362

Submit medical claims to:
HPSM Claims Department
801 Gateway Blvd, Suite 100
South San Francisco, CA 94080
HPSM Provider Line: 650-616-2106
Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)

BIC Poppy Design

STATE OF CALIFORNIA
BENEFITS IDENTIFICATION CARD
ID No. 01234567A96144
JOHN Q RECIPIENT
M 05 20 1991 Issue Date 05 24 16
SAMPLE

BIC "blue and white" Design

State of California
Benefits Identification Card
ID No. 90000000A95001
FIRST N LAST
M 05 20 1993 Issue Date 01 01 05
Sample

Si no tiene su tarjeta BIC de Medi-Cal, puede solicitar una nueva. Solo llame a la Agencia de Servicios Humanos del Condado de San Mateo (sin costo) al 1-800-223-8383 o visite https://hsa.smcgov.org/medi-cal-health-insurance.

Beneficios dentales

Para utilizar sus beneficios de HPSM Dental, tiene que elegir un dentista de la red de HPSM. HPSM Dental solo pagará los servicios que usted reciba de los proveedores que pertenezcan a la red de HPSM Dental. Usted tendrá que pagar los servicios dentales que reciba de dentistas que no estén inscritos en la red de HPSM.

Puede encontrar un dentista en línea en cualquier momento visitando www.hpsm.org/dental. También puede pedir una lista de proveedores dentales enviando un email a CareAdvantageSupport@hpsm.org o llamando al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000, o marque 7-1-1. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

A continuación encontrará una guía de referencia rápida para los servicios más comunes disponibles para los miembros. Puede encontrar más información en www.hpsm.org/dental.

Services	Babies	Kids	Teens	Pregnancy	Adults	Seniors
Exam*	✓	✓	✓	✓	✓	✓
X-rays	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Teeth cleaning	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fluoride varnish	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fillings	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tooth removal	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Emergency services	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sedation	✓	✓	✓		✓	✓
Molar sealants**		✓	✓			
Root canal		✓	✓	✓	✓	✓
Orthodontics (braces)***			✓			
Crowns****			✓	✓	✓	✓
Partial and full dentures			✓	✓	✓	✓
Denture relines			✓	✓	✓	✓
Scaling and root planing			✓	✓	✓	✓

**Consultas gratuitas o de bajo costo cada seis meses para los miembros menores de 21 años y cada 12 meses para los mayores de 21 años*

***Los selladores molares permanentes están cubiertos para los miembros hasta los 21 años*

****Para los que cumplen los requisitos*

*****Las coronas en los molares o premolares (dientes posteriores) pueden estar cubiertas en algunos casos*

No hay límite para los servicios dentales cubiertos que sean médicamente necesarios. Su dentista puede ayudarle a elegir el mejor tratamiento y los servicios que puede recibir a través de su cobertura de HPSM Dental. Durante su primera consulta dental, muestre su tarjeta de identificación de miembro de CareAdvantage D-SNP a su dentista.

Costo de los servicios dentales

No hay costo alguno por sus servicios de HPSM Dental. Si tiene otra cobertura dental, HPSM Dental será su cobertura secundaria.

G. Apoyo en la comunidad

Puede obtener apoyo en virtud de su plan de atención individualizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos médicamente apropiados y rentables alternativos a los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya recibe con Medi-Cal.

Apoyos comunitarios: los servicios que se ofrecen incluyen los siguientes:

- Servicios de navegación en materia de vivienda y transición: ayuda a los miembros a encontrar vivienda y coordina recursos para satisfacer sus necesidades.
- Depósitos para la vivienda: brinda fondos por una única vez para permitir al miembro obtener una vivienda.
- Servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda: servicios y apoyos que le ayudan a mantener una vivienda estable a largo plazo una vez conseguida la vivienda
- Transiciones hacia la vida asistida: servicios que ayudan con su transición desde un centro de enfermería a un entorno comunitario similar al hogar, que incluye una instalación de vivienda asistida.
- Servicios de transición a la comunidad o al hogar: coordina servicios para cubrir los gastos no recurrentes de establecerse en una vivienda cuando los miembros hacen la transición desde un centro autorizado hacia la comunidad.
- Adaptaciones (en el hogar) de accesibilidad ambiental: servicios que proporcionan cambios físicos o la instalación de equipos dentro de su hogar que ayudan a mejorar sus actividades diarias y garantizar su seguridad.
- Comidas según especificaciones médicas: comidas y servicios de alimentación entregados en su domicilio que satisfacen sus necesidades médicas específicas y preferencias para alcanzar sus metas nutricionales.
- Servicios de cuidado personal y de tareas domésticas: proporciona asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) para personas que de otro modo no podrían permanecer en su hogar.

Los servicios incluyen limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal, acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora.

- Reemplazo temporal del cuidador: servicio no médico a corto plazo que se brinda a los cuidadores de miembros que requieren supervisión temporal intermitente. Estos servicios se brindan en el hogar del miembro o en otro sitio que se usa como un hogar o en lugares aprobados fuera del hogar.
- Control del asma: proporciona orientación sobre la autoadministración del asma para ayudar a explicar los desencadenantes y causas del asma, el manejo de síntomas y más a fin de que pueda vivir más cómodamente en su hogar.cómodamente en su hogar.

Si necesita ayuda o le gustaría saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606 (TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1) o llame a su proveedor de atención médica.

H. Beneficios que se cubren fuera de nuestro plan

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

H1. Programa de Transición a la Comunidad de California (CCT)

El Programa de Transición a la Comunidad de California (CCT, por sus siglas en inglés) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a beneficiarios de Medi-Cal elegibles que hayan vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 60 días consecutivos a hacer la transición de regreso a un entorno comunitario y permanecer allí de manera segura. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante 365 días después de la transición a fin de ayudar a los beneficiarios a mudarse de vuelta a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización guía del CCT que preste servicio en el condado donde vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones guías del CCT y los condados en que prestan servicio en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica, www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para 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 los servicios de usted. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe los servicios de coordinación de transición del CCT, nosotros pagamos los servicios que figuran en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.

No se han producido cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El Programa de Transición a la Comunidad de California (CCT) **no** cubre medicamentos. Usted sigue teniendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea del CCT, llame a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no sea del CCT es atención que **no** está relacionada con su transición desde una institución o centro.

H2. Medi-Cal Rx

La mayoría de los medicamentos con receta que usted obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos que no requieren receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC por sus siglas en inglés) cuando obtenga sus medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

H3. Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services) (IHSS)

- El programa IHSS ayudará a cubrir el pago a los proveedores de atención inscritos por los servicios que le brinden, para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. IHSS es considerado como una alternativa a la atención fuera del hogar, tal como una residencia para personas mayores o instalaciones de alojamiento y atención.
- Para recibir servicios, se realiza una evaluación a fin de determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de atención personal (como cuidado del intestino y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar los servicios IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado. Los servicios IHSS se brindan a través de la Línea TIES de Servicios para adultos mayores y personas con discapacidad del Condado de San Mateo llamando al 1-844-868-0938 o marque

7-1-1 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Mensajes de California (TTY). La llamada es gratuita. O visite el sitio web www.smchealth.org/home-supportive-services.

H4. Programas de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) según la exención 1915(c)

Exención de asistencia para la vida diaria (ALW)

- La exención de asistencia para la vida diaria (Assisted Living Waiver**,** ALW) ofrece a los beneficiarios que reúnen los requisitos de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de asistencia para la vida diaria como alternativa al ingreso a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un entorno en el hogar y la comunidad o prevenir admisiones de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de ingreso en un centro de enfermería.

- Los miembros que están inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW y al mismo tiempo recibir los beneficios que proporciona nuestro plan. Nuestro plan colabora con su agencia de coordinación de la atención de la ALW para coordinar los servicios que recibe.

- La exención ALW actualmente solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Ángeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.

- Su administrador de atención puede ayudarle a ponerse en contacto con la agencia de coordinación de laALW del Condado de San Mateo, Institute on Aging (Instituto sobre el Envejecimiento). También puede llamar al Institute on Aging (Instituto sobre el Envejecimiento) al 650-424-1411 o visitar www.ioaging.org.

Exención de HCBS para californianos 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 SDP, que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado 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 comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. El programa Medicaid del

Gobierno federal y el estado de California financian conjuntamente los costos de estos servicios. Su administrador de atención puede ayudarlo a ponerse en contacto con los servicios de exención DD.

Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

- La exención HCBA brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de internamiento institucional o en residencias para personas mayores. Un equipo multidisciplinario de administración de la atención compuesto por una enfermera y un trabajador social proporciona los servicios de administración de la atención. El equipo coordina los servicios de la exención y el plan estatal (como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyo a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de exención y administración de la atención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, haber sido obtenida mediante un acuerdo de arrendamiento de inquilinos o la residencia de un familiar del participante.
- Los miembros que están inscritos en la exención HCBA pueden permanecer inscritos en la exención HCBA y al mismo tiempo recibir los beneficios que proporciona nuestro plan. Nuestro plan colabora con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar HCBA. También puede llamar al Institute on Aging (Instituto sobre el Envejecimiento) al 650-424-1411 o visitar www.ioaging.org.

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 la atención en un centro de enfermería o a la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consta de 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, los familiares, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.

- Las metas del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y comunitarios para personas con VIH que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la administración de la salud con VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo de salud social y conductual; (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.

- Los miembros que están inscritos en la exención de MCWP pueden permanecer inscritos en la exención de MCWP y al mismo tiempo recibir los beneficios que proporciona nuestro plan. Nuestro plan colabora con su agencia de exención del MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su administrador de atención puede ayudarlo a solicitar el MCWP. El MCWP no se ofrece en el condado de San Mateo. Consulte la lista de condados y agencias donde se proporciona el MCWP: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

H5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Tiene acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios del condado para trastornos por consumo de sustancias, pero estos están a su disposición a través de las agencias de salud conductual del condado.

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental (MHP) del condado si usted 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 para medicamentos
    - servicios de tratamiento intensivo durante el día
- rehabilitación durante el día
    - servicios de intervención durante una crisis
    - servicios de estabilización de una crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- servicios en un centro de salud psiquiátrica
- servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados

- administración de casos específicos
- servicios de apoyo entre iguales
- servicios móviles comunitarios de intervención durante una crisis
- servicios terapéuticos de salud conductual
- crianza temporal terapéutica
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos domiciliarios
- reingreso de personas involucradas con el sistema de justicia penal
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios del modelo Clubhouse
- servicios mejorados a trabajadores de la salud de la comunidad (CHW)

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal residencial de trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)

Los servicios del Sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- tratamiento perinatal residencial de trastornos por consumo de sustancias
- servicios de manejo del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre iguales
- servicios móviles comunitarios de intervención durante una crisis
- servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)

Además de los servicios enumerados anteriormente, usted podría tener acceso a servicios de desintoxicación hospitalaria voluntaria si cumple con determinados criterios.

Puede llamar al centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del Condado de San Mateo las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-686-0101 (TTY: 7-1-1) para obtener más información.

Debe comunicarse con el Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del Condado de San Mateo si necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual. BHRS es responsable del examen inicial de detección de salud conductual para garantizar el nivel adecuado de atención y los proveedores adecuados dentro de la red. HPSM y BHRS colaboran entre sí para realizar la transición de referencias entre sistemas de atención.

BHRS es responsable de los servicios especializados de salud mental enumerados anteriormente y es responsable de la disponibilidad de estos servicios y de cualquier determinación de necesidad médica. Cualquier disputa será atendida por los planes de acuerdo con su Memorando de Entendimiento.

Si tiene un problema con un proveedor de BHRS del condado de San Mateo, puede comunicarse al Centro de atención telefónica ACCESS de BHRS del condado de San Mateo al número indicado anteriormente, O puede llamar al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. para presentar una reclamación.

I. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

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

La lista que aparece a continuación describe algunos servicios y artículos no cubiertos por nosotros bajo ninguna situación y algunos que están excluidos por nosotros solo en algunos casos.

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

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

- los servicios que no se consideren "razonables y médicamente necesarios", conforme a las reglas de Medicare y Medi-Cal, a menos que los señalemos como servicios cubiertos

- los tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, así como los artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica autorizado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.

- el tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y lo pague Medicare
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- atención privada de enfermería
- los artículos personales en la habitación en un hospital o en un centro de enfermería, tales como teléfono o televisión
- atención de enfermería de tiempo completo en su hogar
- honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- entrega de alimentos a domicilio
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene una forma adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción del seno después de una mastectomía y el tratamiento al otro seno a fin de dar uniformidad
- atención quiropráctica distinta de la manipulación manual de la columna vertebral conforme con las pautas de cobertura
- cuidados rutinarios de los pies, excepto los que se describen en los servicios de podiatría en la Tabla de beneficios de la **sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una abrazadera para la pierna y estén incluidos en el costo de la abrazadera o que los zapatos sean para una persona con una afección diabética de los pies
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con afección diabética de los pies
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros recursos para visión reducida
- reversión de procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)

- los servicios proporcionados a los veteranos en las instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es superior al costo compartido de conformidad con nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Son los medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o - por pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* le indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual del miembro.

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

Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos generalmente incluyen medicamentos que usted recibe mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.

Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que se le administren durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le suministren en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted está inscrito en un programa de atención para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, **Sección D** "Si usted se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare".

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

Debe pedirle a un proveedor (doctor, dentista u otra persona autorizada para recetar) que le emita la receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le ha dado una referencia para recibir atención.

La persona autorizada para recetar **no** debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Generalmente, usted debe acudir a una farmacia de la red para que le surtan su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede pedir que le surtan su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo.)

Si no está en la *Lista de medicamentos*, podríamos cubrirlo otorgándole una excepción.

Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Tenga en cuenta también que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará conforme a las reglas tanto de Medicare como de Medi-Cal.

Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. La persona autorizada para recetar tal vez pueda ayudar a identificar las referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo solicitar que le surtan sus medicamentos con receta 160

A1. Surtido de su receta en una farmacia de la red 160

A2. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando pida que le surtan la receta 160

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red 160

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 161

A5. Utilizar una farmacia especializada 161

A6. Utilización de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 162

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 163

A8. Utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan 163

A9. Reembolso de medicamento con receta 163

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan 164

B1. Medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos* 164

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* 165

B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *Lista de medicamentos* 165

B4. Niveles de costo compartido en la *Lista de medicamentos* 167

C. Límites en algunos medicamentos 167

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 169

D1. Obtener un suministro temporal 170

D2. Solicitar un suministro temporal 171

D3. Solicitar una excepción 172

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 172

F. Cobertura de medicamentos en situaciones especiales 175

F1. En un hospital o centro de atención especializada de enfermería para una estadía que nuestro plan cubre 175

F2. En un centro de atención médica a largo plazo 175

F3. En un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare 175

G. Programas sobre la seguridad y manejo de los medicamentos 176

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de forma segura 176

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos 176

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura los medicamentos opioides 177

A. Cómo solicitar que le surtan sus medicamentos con receta

A1. Surtido de su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta únicamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha acordado surtir los medicamentos con receta de los miembros de nuestro plan. Usted puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta surtidos 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 al Departamento de CareAdvantage.

A2. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando pida que le surtan la receta

Para que le surtan su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte del costo que nos corresponde de su medicamento cubierto. Tal vez deba realizar un copago a la farmacia cuando recoja sus medicamentos con receta.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro o tarjeta de identificación de beneficios (BIC) cuando le surtan su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, tal vez usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al recogerlo. Posteriormente puede pedirnos que le hagamos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage de inmediato.** Haremos todo lo que podamos para ayudar.

> Para solicitarnos el reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
>
> Si necesita ayuda para que le surtan una receta, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita que le vuelvan a surtir una receta, puede pedir una nueva receta emitida por un proveedor o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si todavía le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que usted acude deja la red de nuestro plan, tiene que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

A5. Utilizar una farmacia especializada

Algunas veces, los medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.

- Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia de ese centro.
- Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no está en nuestra red, o usted tiene alguna dificultad para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

Farmacias de proveedores de atención médica indígena (IHCP). Los miembros indígenas norteamericanos y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un proveedor de atención médica indígena (IHCP) en la medida en que este tenga una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena norteamericano o nativo de Alaska, de todas maneras puede recibir servicios de una farmacia minorista en un proveedor IHCP si está asignado a la clínica o en caso de emergencia.

Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a ciertos lugares, o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores u orientación sobre su uso. (Nota: Esta situación deberá ocurrir con poca frecuencia.)

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

A6. Utilización de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. El suministro para 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

SurSurtido de medicamentos con recta por correo

Para obtener información sobre cómo pedir que le surtan sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web en www.hpsm.org/careadvantage o llame al Departamento de CareAdvantage.

Por lo general, un pedido de medicamentos con receta por correo llega dentro de un plazo de 7 a 10 días. Si hay una demora en recibir su medicamento con receta por correo, puede llamar al Departamento de CareAdvantage y solicitar un suministro temporal en una farmacia local.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para los nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos con receta por correo.

1. **Nuevas recetas 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 atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o más adelante.

   Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.

   Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

3. **Resurtidos de medicamentos con receta pedidos por correo**

   Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Indique a la farmacia la mejor forma de ponerse en contacto con usted para que puedan confirmar su pedido antes de enviarlo. Los servicios de farmacia de pedidos por correo de HPSM se realizan a través de una asociación con Postal Prescription Services (PPS). Llame a

PPS al 1-800-552-6694 o visite www.ppsrx.com para establecer una cuenta y empezar a resurtir sus recetas por correo.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo.

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

Puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde le pueden surtir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, comuníquese primero con el Departamento de CareAdvantage 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:

- Cuando trate de que le surtan un medicamento especializado que de otra forma no está disponible en una farmacia de la red (aunque esta situación es poco frecuente).
- Cuando trate de que le surtan un medicamento que tiene una fuente de distribución limitada por la ley (aunque esta situación es poco frecuente).
- Cuando le surten un medicamento en una situación de emergencia cuando las farmacias de la red no son accesibles fácilmente, no están disponibles o no están en operación (por ejemplo, en un desastre natural).

A9. Reembolso de medicamento con receta

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total del medicamento en lugar de un copago al recogerlo. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde. Se le podría solicitar que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

CareAdvantage no es responsable de reembolsarle el importe de un medicamento que solo esté cubierto por Medi-Cal Rx. Si usted paga el costo total de su medicamento con receta que esté cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento con receta. De manera alterna, puede pedir a Medi-Cal Rx que le haga el reembolso presentando la solicitud de "Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos.* La llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar.

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos que figuran en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos que no requieren receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC por sus siglas en inglés) cuando obtenga sus medicamentos con receta 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 que se vende bajo un nombre de marca registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, el término "medicamentos" puede referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares.

Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden aparecer en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos que no requieren receta. Algunos medicamentos que no requieren receta son menos costosos que los medicamentos con receta y surten el mismo efecto. Para obtener más información, llame al Departamento de CareAdvantage.

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

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, proceda de la siguiente manera:

Visite el sitio web de nuestro plan en www.hpsm.org/careadvantage. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.

Llame al Departamento de CareAdvantage para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar un ejemplar de la lista.

Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D podrían estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

Utilice nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" (Real Time Benefit Tool) en www.hpsm.org/careadvantage para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma condición médica. También puede llamar al Departamento de CareAdvantage.

B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no figuran en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

- En algunos casos, usted podría obtener un medicamento que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene la receta de un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres reglas generales que se aplican a 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 la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos incluidos por la Parte A o la Parte B de Medicare sin costo para usted, 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 FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición médica. Su médico u otro proveedor podría recetarle un determinado medicamento para tratar su condición médica, aunque no haya sido aprobado para tratar dicha condición. A esto se le llama "uso diferente al indicado en la etiqueta" (off-label use). Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos que se recetan para uso diferente al indicado en la etiqueta.

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

Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad

Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado*

Medicamentos cuando se usan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello

Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro*

Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, o para bajar o subir de peso*

Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe hacerse pruebas o recibir servicios únicamente con ellos

*Los productos seleccionados pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Por favor visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

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

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de 2 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted paga por el medicamento.

- El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen un costo menor que los medicamentos de marca del nivel 2. Este es el nivel más bajo.
- El nivel 2 incluye los medicamentos de marca. Los medicamentos de marca del nivel 2 cuestan más que los genéricos del nivel 1. Este es el nivel más alto.

Para descubrir en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la *Lista de medicamentos*.

El **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* le indica la cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

En el caso de ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor 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 o forma de presentación del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; tableta o presentación líquida).

Si hay alguna regla especial para su medicamento, por lo regular quiere decir que usted o su proveedor debe seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor puede tener que informarnos su diagnóstico o proporcionar resultados de exámenes de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debe aplicarse a su situación, pídanos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos o no acordar permitirle utilizar el medicamento sin seguir pasos adicionales.

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

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le surten la versión genérica o biosimilar intercambiable.

Generalmente no pagamos el medicamento de marca o producto biológico original cuando se dispone de una versión genérica.

Sin embargo, si su proveedor nos informó de la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted, ***o bien*** escribió "No substitutions" (Sin sustituciones) en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original, ***o bien*** nos informó de la razón médica por la que el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca.

Su copago puede ser mayor por el medicamento de marca o producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona autorizada para recetar debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que le surtan su receta. A esto se le llama autorización previa. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es probable que no cubramos el medicamento. Llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página o en nuestro sitio web en www.hpsm.org/member/prior-authorization para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, deseamos que usted pruebe los medicamentos de bajo costo que son igualmente eficaces antes de cubrir los medicamentos de mayor costo. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podríamos requerir que usted pruebe primero el Medicamento A.

Si el medicamento A **no** funciona para usted, entonces cubrimos el medicamento B. A esto se le llama terapia de pasos. Llame al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página o en nuestro sitio web en https://www.hpsm.org/member/my-health-plan/careadvantage-2026/careadvantage-benefits/prescription-medicine-coverage para obtener más información sobre la terapia de pasos.

4. Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener. A esto se le llama límite de la cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que le surtan su receta.

Consulte la *Lista de medicamentos* para saber si alguna de las reglas mencionadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de CareAdvantage o visite nuestro sitio web en www.hpsm.org/careadvantage. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Por favor, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera que a usted le gustaría. Por ejemplo:

Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos*. Puede que cubramos una versión genérica del medicamento pero no la versión de marca que usted desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos evaluado su seguridad y eficacia.

Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas o límites especiales a la cobertura. Como se explica en la sección anterior **(Sección C)**, algunos de los medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso.

En algunos casos, usted o la persona autorizada para recetar podría solicitarnos una excepción.

El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que eleva su costo más de lo que usted considera que debería ser.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted quiere.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en nuestra *Lista de medicamentos* o esté limitado de alguna forma. Esto le da el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre obtener un medicamento diferente o pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal del medicamento, debe cumplir las dos reglas siguientes:

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 las siguientes situaciones:

   - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
     - Nosotros cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
     - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
     - Si su receta es emitida por menos días, permitimos que se realicen múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe pedir que le surtan la receta en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden suministrar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar 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 por hasta 30 días.
- Si su receta es emitida por menos días, permitimos que se realicen múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe pedir que le surtan la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden suministrar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicio.

Ha estado en nuestro plan más de 90 días, es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.

- Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si usted está en transición entre diferentes niveles de atención (por ejemplo, entrando o saliendo de un centro de atención a largo plazo o un hospital) y recientemente le surtieron la receta de un medicamento nuevo, cubriremos un nuevo suministro de transición de 30 días del medicamento para que lo use en su nuevo entorno. Esto se ocupa de cualquier restricción que pueda existir si resurtió su medicamento con receta demasiado pronto.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de CareAdvantage.

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

Cambie a otro medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que le sirva a usted. Llame al Departamento de CareAdvantage para pedir una lista de medicamentos que cubramos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle.

O

Solicite 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 pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor afirma que usted tiene una buena razón médica para recibir una excepción, puede ayudarle a solicitar una.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma será retirado de nuestra *Lista de medicamentos* o limitado de alguna manera el próximo año, le permitimos que solicite una excepción antes del próximo año.

Le comunicamos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicite que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el año próximo como a usted le gustaría.

Respondemos a su solicitud de excepción dentro de un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud (o una declaración de apoyo de la persona autorizada para recetar).

Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante todo el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

Decidir si se debe requerir o no la aprobación previa (PA) de un medicamento (permiso nuestro antes de que usted pueda obtener un medicamento).

Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).

Agregar o cambiar las restricciones de terapia de pasos respecto a un medicamento (usted debe probar con un medicamento antes de que cubramos otro).

Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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 estaba cubierto **al principio** del año, por lo general no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

aparezca en el mercado un nuevo medicamento más barato que surta el mismo efecto que un medicamento actual de nuestra *Lista de medicamentos*, **o**

nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**

un medicamento sea retirado del mercado.

¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando hay cambios en la *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* vigente en línea en www.hpsm.org/careadvantage, **o bien**
- Llamar al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actualizada.

Cambios que podamos hacer en la *Lista de medicamentos* que le afecten durante el año en curso del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* tendrán efecto inmediatamente. Por ejemplo:

Se pone a disposición un nuevo medicamento genérico. Ocasionalmente, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que surte el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original que figura actualmente en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted paga por el nuevo medicamento se mantendrá igual *o* será menor. Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, aunque cambiando sus reglas o límites de cobertura.

- Podríamos no notificarle antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que este tenga lugar.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que están retirados del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podemos retirarlo de nuestra *Lista de medicamentos* de inmediato. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Si se le notifica, comuníquese con su médico o farmacéutico y pregúntele qué hacer a continuación.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos por adelantado acerca de estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) proporciona nuevas directrices o hay nuevas guías clínicas con respecto a un medicamento.

Cuando estos cambios tienen lugar, nosotros:

Le informamos por lo menos 30 días antes de hacer el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* **o**

Le informaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted solicite un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada para recetar. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que se siga 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 del miembro*.

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma que no están descritos arriba y que no le afectan ahora. Para tales cambios, si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, por lo general no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento o lo que usted paga por este durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre en relación con un medicamento que usted toma (excepto por los cambios indicados en la sección anterior), entonces el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del siguiente año.

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

F. Cobertura de medicamentos en situaciones especiales

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

Si es ingresado a un hospital o a un centro de atención especializada de enfermería para una estadía que nuestro plan cubre, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No tendrá que realizar ningún copago. Una vez que salga del hospital o del centro de atención especializada de enfermería, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos 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 del miembro*.

F2. En un centro de atención médica a largo plazo

Generalmente, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, cuenta con su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

F3. En un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por la atención para pacientes terminales y nuestro plan.

Es posible que esté inscrito en un programa de atención para pacientes terminales de Medicare y que necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra el dolor, las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que su programa de atención para pacientes terminales no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal y condiciones. En ese caso, nuestro plan debe obtener la notificación de la persona autorizada para recetar o de su proveedor de atención para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

A fin de evitar demoras para obtener medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de atención para pacientes

terminales o a la persona autorizada para recetar que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado con su pronóstico terminal antes de que usted le pida a una farmacia que le surta su receta.

Si usted deja el programa de atención para pacientes terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. A fin de evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare termine, lleve consigo la documentación a la farmacia para verificar que usted ha dejado el programa de atención para pacientes terminales.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que tratan de los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales.

G. Programas sobre la seguridad y manejo de los medicamentos

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

Cada vez que le surtimos una receta, buscamos posibles problemas, por ejemplo errores en los medicamentos o medicamentos que:

podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que surte el mismo efecto

podrían no ser seguros por su edad o género

podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo

tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico

puede haber un error en la cantidad (dosis)

contienen cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor

Si detectamos un posible problema en la forma en que usted usa los medicamentos, colaboramos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, podría reunir los requisitos para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted reúne los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una evaluación exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted acerca de lo siguiente:

cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma

cualquier inquietud que tenga, como el costo de los medicamentos y reacciones a medicamentos

la mejor manera de tomar sus medicamentos

cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y sin receta

Entonces, le darán:

Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para lograr el mejor uso de sus medicamentos.

Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, la cantidad, la frecuencia y el motivo por el que los toma.

Información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con la persona autorizada para recetar sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.

Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adecúa a sus necesidades, automáticamente lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea formar parte del programa, por favor háganoslo saber y lo retiraremos del mismo.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas para recetar o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas para recetar a fin de asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. En colaboración con las personas autorizadas para recetarle, si decidimos que su uso de medicamentos opioides con receta o de benzodiazepina

puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro programa DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que surta todas las recetas de esos medicamentos en determinadas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de una determinada persona autorizada para recetar
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que le cubrimos

Si planeamos limitar la manera en que usted obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o farmacia específicos.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas para recetar o a qué farmacias prefiere acudir y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que hemos cometido un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada para recetar pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, evaluaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de evaluación independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).

El programa DMP puede no aplicarse a usted si:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes,
- está recibiendo atención para pacientes terminales, cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, **o bien**
- vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Introducción

Este capítulo explica lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Por "medicamentos" nos referimos a:

Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**

Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, **y**

- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que reúne los requisitos de Medi-Cal, usted recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un anexo por separado, llamado "Cláusula adicional en la constancia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional en el pago de medicamentos con receta" (también llamado "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional en LIS"), que le ofrece información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este anexo, por favor llame al Departamento de CareAdvantage y solicite la "Cláusula adicional del LIS" (LIS Rider).

> **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, tales como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también es conocida como "subsidio por ingresos bajos" o "LIS" por sus siglas en inglés.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

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

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.

- Para simplificar las cosas, la llamamos la "*Lista de medicamentos*". Le indica:
  - Qué medicamentos pagamos
  - En cuál de los 2 niveles se encuentra cada medicamento
  - Si hay límites a los medicamentos

- Si necesita un ejemplar de la *Lista de medicamentos*, llame al Departamento de CareAdvantage. También puede encontrar la versión más reciente de la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.hpsm.org/careadvantage.
- La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en una farmacia están cubiertos por CareAdvantage. Otros medicamentos, como algunos medicamentos que no requieren receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Por favor lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.

Explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.

Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos nuestro plan no cubre.

Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5**, **Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de desembolso que se espera que usted pague. Puede llamar al Departamento de CareAdvantage para obtener más información.

Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.*

En la mayoría de los casos, debe acudir a una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son las 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 del miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La Explicación de beneficios (EOB) 182

B. Cómo llevar un control de sus costos de medicamentos 183

C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare 185

C1. Nuestro plan tiene dos niveles de costo compartido 185

C2. Opciones de farmacia 186

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 186

C4. Lo que usted paga 186

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial 188

D1. Opciones de farmacia 188

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 188

D3. Lo que usted paga 189

D4. Final de la Etapa de cobertura inicial 191

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica 191

F. Sus costos de medicamentos si su médico receta menos de un suministro de un mes completo 191

G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 192

G1. Lo que usted debe saber antes de recibir una vacuna 192

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare 193

A. La Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted efectúa cuando le surten sus medicamentos con receta en la farmacia. Llevamos un control de dos tipos de costos:

Sus **costos de desembolso**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros que pagan por usted, pagan por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted 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 de salud para personas de origen indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Al obtener medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios* (EOB). Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona autorizada para recetar sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron a su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que inició el año.
- **Información sobre precios de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en su precio desde que se surtió por primera vez, para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando sea aplicable, información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de desembolso.

- También pagamos algunos medicamentos que no requieren receta. No tiene que pagar nada por estos medicamentos. Algunos productos OTC están cubiertos con una receta de su médico, mientras que otros pueden estar disponibles sin costo a través del beneficio de CareAdvantage OTC. Para los productos cubiertos por el beneficio de CareAdvantage OTC, no se requiere receta. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.hpsm.org/careadvantage o llame al Departamento de CareAdvantage.

- La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos que no requieren receta (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 1-800-977-2273. Por favor lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

  Si desea saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un control de sus costos de medicamentos

Para llevar un control de sus costos de medicamentos y de los pagos que usted efectúa por medicamentos, usamos expedientes que obtenemos de usted y de su farmacia. Aquí le explicamos cómo nos puede ayudar:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta le surten y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Puede pedirnos que le hagamos un reembolso de la parte del costo del medicamento que nos corresponde. A continuación se presentan ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos:

Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o use una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan

Cuando realice un copago por medicamentos proporcionados por un programa de asistencia a pacientes del fabricante de los medicamentos

Cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red

Cuando pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Puede enviar sus recibos a HPSM a esta dirección:

CareAdvantage Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080
Para obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso por la parte que nos corresponde del costo del medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

3. Envíenos la información de los pagos que otras personas hacen por usted.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también cuentan hacia sus costos de desembolso. Por ejemplo, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), los servicios de salud para personas de origen indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan hacia sus costos de desembolso. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos de la cobertura catastrófica. Cuando llegue a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

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

¿Reconoce el nombre de cada farmacia? Verifique las fechas. ¿Recibió los medicamentos ese día?

¿Recibió los medicamentos enumerados? ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece correcto en esta EOB, llame al Departamento de CareAdvantage. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.hpsm.org/careadvantage.

¿Y en lo que respecta a un posible fraude?

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

Llámenos al Departamento de CareAdvantage.

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 a estos números de forma gratuita.

Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene el derecho a denunciarlo llamando al número confidencial sin costo 1-800-822-6222. Se pueden encontrar otros métodos de denuncia de fraude de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que hay algún error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de CareAdvantage. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según lo dispuesto por nuestro plan. La cantidad que usted paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando le surten o resurten un medicamento con receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que a usted le corresponde se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de costos de desembolso.

C1. Nuestro plan tiene dos niveles de costo compartido

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de 2 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos. El copago es de $0, $1.60, o $5.10, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de $0, $4.90 o $12.65, dependiendo de sus ingresos.

C2. Opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para saber cuándo hacemos eso.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para informarse sobre cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no se cubrirá. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* y nuestro Directorio de proveedores y farmacias.

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

Con algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando le surtan su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Cuando le surtan una receta es posible que tenga que efectuar un copago. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio menor.

Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para informarse sobre cuál es su copago de cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos que no requieren receta (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 1-800-977-2273. Por favor lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos con receta a través de Medi-Cal Rx.

La parte del costo que le corresponde cuando obtiene un suministro de un mes o de largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 90 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 90 días. Esta cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte los detalles en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.
Costos compartidos **Nivel 1** *(medicamentos genéricos)*	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10
Costos compartidos **Nivel 2** (medicamentos de marca)	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65
Productos OTC cubiertos por CareAdvantage	Usted paga $0	Usted paga $0	Usted paga $0	Usted paga $0

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

D. **Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial**

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. La parte que a usted le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se encuentra en uno de dos (2) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos que no son de Medicare que CareAdvantage cubre. El copago es de $0 a $5.10, dependiendo de sus ingresos.

- Los medicamentos del nivel 2 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de $0 a $12.65, dependiendo de sus ingresos.

D1. Opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento de:

Una farmacia minorista de la red **o**

Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para saber cuándo hacemos eso.

La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Con algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando le surtan su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted podría tener que realizar un copago cada vez que le surtan una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio menor.

Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para informarse sobre cuál es su copago de cualquier medicamento cubierto.

La parte del costo que le corresponde cuando obtiene un suministro de un mes o de largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red** Suministro de hasta 90 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro de hasta 90 días. Esta cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte los detalles en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.
Costos compartidos **Nivel 1** (medicamentos genéricos)	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10	Usted paga $0, $1.60 o $5.10
Costos compartidos **Nivel 2** (medicamentos de marca)	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65	Usted paga $0, $4.90 o $12.65
Productos OTC cubiertos por CareAdvantage	Usted paga $0	Usted paga $0	Usted paga $0	Usted paga $0

Para obtener más información acerca de qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Final de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de desembolso asciende a $2,100. En ese momento se inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos sus costos de medicamentos a partir de ese momento y hasta el final del año.

Ofrecemos medicamentos adicionales que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus costos de desembolso.

Su *Explicación de beneficios* (EOB) le ayuda a llevar un control de cuánto ha pagado usted por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si usted llega al límite de $2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted llega al límite de desembolso de $2,100 por sus medicamentos, inicia la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Durante la fase catastrófica, no paga nada por los medicamentos de Medicaid cubiertos por Medi-Cal Rx, los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado y los medicamentos OTC cubiertos por CareAdvantage.

F. Sus costos de medicamentos si su médico receta menos de un suministro de un mes completo

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

> Puede haber ocasiones en las que desee solicitar a su médico que le recete un medicamento en una cantidad menor a la de un suministro de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
>
> Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos.

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

Veamos un ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es $1.60. Esto significa que el monto que usted paga por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro del medicamento de 7 días, su pago es menos de $.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de pagar el suministro de todo un mes.

También puede pedirle a su proveedor que le recete una cantidad menor a un suministro de un mes completo, a fin de ayudarle a:

Planificar mejor cuándo pedir los resurtidos de sus medicamentos,

Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, **y**

Hacer menos viajes 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. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con el Departamento de CareAdvantage para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es el costo de **aplicarle la inyección de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

G1. Lo que usted debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame al Departamento de CareAdvantage si tiene planeado vacunarse.

Podemos informarle sobre la manera en que nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.

Podemos informarle cómo mantener bajos sus costos utilizando las farmacias y proveedores dentro de la red. Las farmacias y los proveedores dentro de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor dentro de la red trabaja con

nosotros para garantizar que usted no tenga ningún costo inicial 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 lo que se le está vacunando).

Algunas vacunas se consideran beneficios médicos en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

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 realizar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP)** recomienda la vacuna para adultos, entonces la vacuna no le costará nada.

Estas son tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare y recibe la inyección en una farmacia de la red.

   En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

   En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.

2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico le administra la inyección.

   Usted no le paga nada al médico por la vacuna.

   Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.

   El consultorio médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.

3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

   En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.

   En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.

Nuestro plan paga el costo de administrarle la inyección.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 196

B. Enviarnos una solicitud de pago 201

C. Decisiones de cobertura 201

D. Apelaciones 202

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No permitimos que los proveedores de CareAdvantage le facturen por estos servicios o medicamentos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no pague la factura y envíenosla a nosotros. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o los medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó más de la parte que le corresponde, tiene derecho a que se le devuelva el dinero.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede ser elegible para un reembolso (devolución del dinero) si cumple con todas las condiciones siguientes:
    - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal y somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por CareAdvantage.
    - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de CareAdvantage.
    - Pide que se le reembolse dentro del plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
    - Proporciona comprobante de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
    - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de CareAdvantage. No es necesario que cumpla con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que presten proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere preaprobación (autorización previa), usted debe proporcionar comprobante del proveedor que indique una necesidad médica para el servicio cubierto.
- CareAdvantage le informará si le harán el reembolso mediante una carta llamada "Notice of Action" (Aviso de acción). Si cumple con todas las condiciones

anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe reembolsarle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, CareAdvantage le reembolsará el monto total que pagó. Le reembolsaremos dentro de un plazo de 45 días hábiles siguientes a la fecha de recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, CareAdvantage le reembolsará, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal de pago por servicio (FFS). CareAdvantage le reembolsará el monto total de los costos de desembolso por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que lo brinden proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le realizaremos el reembolso.

- No le realizaremos el reembolso si:
  - Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, tales como servicios cosméticos.
  - El servicio no es un servicio cubierto de CareAdvantage.
  - Usted consultó a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que declaró que de todas formas quería ser atendido y que usted mismo pagaría por los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo comunicaremos.

Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debió haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Ejemplos de situaciones en las que podría ser necesario que nos solicitara que le hagamos un reembolso o que pagáramos una factura que usted recibió incluyen:

---

1. Cuando usted recibe atención de emergencia o atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga la cantidad total al obtener la atención, solicítenos el reembolso por la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago que usted haya efectuado.
- Usted podría recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago que usted haya efectuado.

- Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
- Si ya pagó más del costo que le corresponde por el servicio de Medicare, determinaremos cuánto debía usted y le haremos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura

Los proveedores dentro de la red deberán siempre facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamentos con receta; sin embargo, a veces los proveedores dentro de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o una mayor parte de los costos que le corresponden. **Llame al Departamento de CareAdvantage** al número que aparece al final de la página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, usted solo realiza el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen una cantidad mayor a esta. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco los paga.
- Cuando reciba una factura de un proveedor dentro de la red que considere que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor dentro de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos **o** por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted adeudaba según lo dispuesto por nuestro plan.

3. Si está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si fue inscrito de forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura junto con el comprobante de cualquier pago que usted haya efectuado.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para que le surtan la receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo en unos cuantos casos, cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le hagamos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted paga el costo total del medicamento con receta cubierto por la Parte D de Medicare porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que consulte la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, tal vez usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le hagamos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde.
- 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 con receta.

6. Cuando usted paga el costo total del medicamento con receta cubierto por la Parte D de Medicare que no está cubierto

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento podría no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web, o podría tener un requisito o restricción que usted no conoce o no cree que se aplica a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
    - Si usted y su médico u otra persona autorizada para recetar consideran que usted necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le hagamos un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar obtener más información de su médico u otra persona autorizada para recetar a fin de que le hagamos un reembolso de la parte del costo que nos corresponde del medicamento.
  Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, nosotros la evaluamos y decidimos si el servicio o medicamento debe ser cubierto. A esto se le llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que el servicio o medicamento debe cubrirse, pagamos la parte del costo que nos corresponde.

Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que usted haya hecho por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted emitió o un recibo del proveedor. **Se recomienda hacer una copia de su factura y recibos para conservarlos en sus registros.** Debe enviarnos la información dentro de un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

CareAdvantage Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd, #100
South San Francisco, CA 94080

C. Decisiones de cobertura

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

- Le informaremos si necesitamos más información de parte suya.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado). Si usted no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* explica las reglas para obtener la cobertura de sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* explica las reglas para que le cubramos sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar la parte del costo que nos corresponde del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicando los motivos. La carta también explica sus derechos de presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

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

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro:*

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

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 del miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 204

B. Nuestra responsabilidad en cuanto a su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 205

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 206

C1. Cómo protegemos su información PHI 207

C2. Su derecho a examinar sus expedientes médicos 207

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información 208

E. Imposibilidad de que los proveedores dentro de la red le facturen directamente 209

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 209

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 209

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 209

G2. Su derecho a decir qué es lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo 210

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 211

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 211

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 212

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 212

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de forma culturalmente competente y accesible, incluidos los que se prestan a personas con dominio limitado del inglés, con limitadas habilidades de lectura, incapacidad auditiva o a quienes tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que los pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted se encuentre en nuestro plan.

Para obtener información de manera que la pueda comprender, llame al Departamento de CareAdvantage. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación disponibles en diferentes idiomas.

Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, como español, chino y tagalo; y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, por favor llame al Departamento de CareAdvantage o envíe un email a CareAdvantageSupport@hpsm.org o escriba a:

Health Plan of San Mateo CareAdvantage Unit
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- Su idioma y formato preferidos se incluirán en su expediente para correspondencia futura, por lo que no necesita solicitarlos cada vez.
- Para efectuar cambios o cancelar su preferencia de idioma, póngase en contacto con el Departamento de CareAdvantage.
- Todos los materiales para los miembros también están disponibles en línea en www.hpsm.org/member/resources.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o alguna discapacidad y desea 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.

Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben marcar 7-1-1.

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP.

- Llame al Departamento de CareAdvantage o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores dentro de la red y cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.

Tiene derecho a un especialista en la salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su PCP para acudir a un proveedor que no es su PCP.

Usted tiene derecho a obtener los servicios cubiertos de los proveedores dentro de la red en un periodo de tiempo razonable.

- Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de los especialistas.
- Si usted no puede obtener servicios en un periodo de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).

También tiene derecho a que le surtan sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos prolongados.

Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.

Cuando usted se une por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores actuales y sus autorizaciones de servicio hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar

a sus proveedores y sus autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del miembro*.

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica con la ayuda de su equipo de atención y el administrador de atención.

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un periodo de tiempo razonable. También le indica qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Protegemos su información personal de salud (PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos en relación con su información y controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información PHI. El aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

Los miembros que puedan dar su consentimiento para recibir servicios sensibles no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles o para presentar un reclamo por servicios sensibles. CareAdvantage dirigirá las comunicaciones relativas a los servicios sensibles a la dirección postal, la dirección de email o el número de teléfono alternativos designados del miembro o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono que figure en nuestros archivos. CareAdvantage no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. CareAdvantage atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si estas son fácilmente producibles en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud de comunicaciones confidenciales de un miembro relacionadas con servicios sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, deberá hacerlo por escrito.

Puede enviar sus solicitudes escritas por:

Correo postal: CareAdvantage Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Email: CareAdvantagesupport@hpsm.org

Fax: 1-650-616-2190

C1. Cómo protegemos su información PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no accedan a sus expedientes ni los cambien.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no facilitamos su PHI a nadie que no le proporcione atención médica o pague por ella. De hacerlo, debemos obtener primero el permiso de usted por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar el permiso por escrito.

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

Debemos divulgar la información PHI a los organismos gubernamentales que comprueban la calidad de la atención de nuestro plan.

Podemos divulgar la PHI si nos lo ordena un tribunal, pero únicamente si lo permite la legislación de California.

Debemos proporcionar a Medicare su PHI, que incluye información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación o para otros usos, esto se hace conforme a las leyes federales.

C2. Su derecho a examinar sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y obtener una copia de sus expedientes médicos.

También tiene derecho a pedirnos que hagamos actualizaciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos lo anterior, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.

Usted tiene derecho a saber si se comparte su PHI, y de qué manera, con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de CareAdvantage.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

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

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan. Para obtener los servicios de un intérprete, llame al Departamento de CareAdvantage. Es un servicio gratuito para usted. Traducimos materiales al español, al chino y al tagalo. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre alguno de los siguientes temas, llame al Departamento de CareAdvantage:

Cómo elegir o cambiar sus planes

Nuestro plan, lo que incluye:

- información financiera
- cómo nos han calificado miembros del plan
- el número de apelaciones presentadas por los miembros
- cómo dejar nuestro plan

Los proveedores de nuestra red y las farmacias de nuestra red, lo que incluye:

- cómo elegir o cambiar sus proveedores de atención primaria
- las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red
- cómo pagamos a los proveedores en nuestra red

Los medicamentos y servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan
- límites de su cobertura y sus medicamentos
- reglas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*), incluso pedirnos:

- que pongamos por escrito por qué algo se cubre

- que cambiemos una decisión que hemos tomado
- que paguemos una factura que usted recibió

E. Imposibilidad de que los proveedores dentro 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 facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor dentro de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

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

Tiene el derecho a obtener la mayoría de los servicios de atención médica a través de Medicare Original 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 del miembro*:

- Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de MA o de medicamentos.
- Para obtener más información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para que le ayude a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento en una forma que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

Conocer sus opciones. Tiene derecho a que le informen acerca de todas las opciones de tratamiento.

Conocer los riesgos. Tiene derecho a que le informen acerca de los riesgos que involucra su atención. Debemos informarle por adelantado si la atención o

tratamiento médico forma parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.

Obtener una segunda opinión. Usted tiene derecho a acudir a otro médico antes de tomar una decisión sobre tratamiento.

Decir que no. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otra institución médica aunque su médico le aconseje no hacerlo. Tiene el derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le ocurra.

Solicitarnos que expliquemos por qué un proveedor negó la atención. Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor negó la atención que usted considera que debe recibir.

Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le negamos o que generalmente no cubrimos. Esto se llama "decisión de cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir qué es lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra a usted, puede:

Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por usted** si alguna vez llega a ser incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Dé a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que se maneje su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo, incluso atención que usted **no** desee.

El documento legal que usted utiliza para comunicar sus instrucciones se llama "instrucciones anticipadas". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres con que se les conoce. Algunos ejemplos son el testamento en vida (living will) y una carta poder duradero para la atención médica (power of attorney for health care).

No está obligado a tener instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si quiere utilizar instrucciones anticipadas:

Obtener el formulario. Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar

un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de CareAdvantage para pedir el formulario.

Llenar el formulario y firmarlo. El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un miembro de su familia o su PCP, le ayude a llenarlo.

Proporcione copias del formulario a las personas que necesiten saber al respecto. Proporcione una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre en el formulario para que tome las decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Es posible que desee proporcionar copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su casa.

Si lo van a internar en un hospital y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital**.

El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo lleva consigo.

Si usted no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

Que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus expedientes médicos.

Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Enterarse de los cambios a las leyes sobre las instrucciones anticipadas. CareAdvantage le informará acerca de los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminar en contra suya sobre la base de que usted haya firmado instrucciones anticipadas. Llame al Departamento de CareAdvantage para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones establecidas en las mismas, puede presentar una queja ante la Junta Médica de California. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, llame al 1-800-633-2322.

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

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, que presentemos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o que presentemos una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros del plan hayan presentado en contra de nosotros. Para obtener esta información, llame al Departamento de CareAdvantage.

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

Si considera que lo hemos tratado injustamente —y **no** se trata de un asunto relacionado con discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual del miembro*— o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

El Departamento de CareAdvantage.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre el programa HICAP, consulte el **Capítulo 2** Sección C.

El Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para conocer más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Medicare Rights & Protections" [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, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

Lea este *Manual del miembro* para informarse sobre lo que cubre nuestro plan y las reglas que se deben seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos. Para conocer los detalles sobre sus:

Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*. Esos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.

Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*.

Díganos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga. Debemos cerciorarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura al obtener atención médica. Llame al Departamento de CareAdvantage si tiene otra cobertura.

Informe a su médico y otros proveedores de atención médica que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.

Ayude a sus médicos y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.

- Proporcióneles información que necesitan sobre usted y su salud. Obtenga tanta información como le sea posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
- Cerciórese de que sus médicos y otros proveedores estén informados de todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos que no requieren receta, vitaminas y suplementos.
- Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted comprenda. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

Colabore con su administrador de atención, incluido realizar una evaluación de riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés) anual.

Sea considerado. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en hospitales y en los consultorios y oficinas de otros proveedores.

Pague lo que debe. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

- Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CareAdvantage, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
- Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando obtenga el medicamento. Este será un copago. El **Capítulo 6** indica lo que debe pagar por sus medicamentos.

- **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con

nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección E2** para saber cómo presentar una apelación).

Infórmenos si se muda. Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame al Departamento de CareAdvantage.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan. Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del miembro* describe nuestra área de servicio.

- Podemos ayudarle a averiguar si usted se va a mudar fuera de nuestra área de servicio.
- Comunique a Medicare y a Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.

- **Si se muda a otro lugar y permanece dentro de nuestra área de servicio, el condado de San Mateo, también necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su expediente de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe a la Administración del Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

  Díganos si tiene un nuevo número de teléfono o una mejor forma de comunicarnos con usted.

  Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al Departamento de CareAdvantage para recibir ayuda.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para informarse sobre lo que debe hacer si:

- Tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó acerca de su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos están terminando antes de tiempo.
- Tiene algún problema o queja relacionado con los servicios y apoyo a largo plazo, que incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los servicios en Centros de enfermería (NF).

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

Usted debe obtener la atención médica, medicamentos y servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si tiene algún problema relacionado con su atención, puede llamar al Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077 para recibir ayuda.** Este capítulo le explica las diferentes opciones que tiene con respecto a distintos problemas y quejas, pero en cualquier momento puede llamar al Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) para ayudar a guiarle a través de su problema. Si desea conocer otros recursos para atender sus inquietudes y las formas de ponerse en contacto con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro*.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o queja 218

A1. Acerca de los términos legales 218

B. Dónde obtener ayuda 218

B1. Para obtener más información y ayuda 218

C. Comprender las quejas y apelaciones sobre Medicare y Medi-Cal en nuestro plan 220

D. Problemas con sus beneficios 220

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 221

E1. Decisiones de cobertura 221

E2. Apelaciones 221

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 222

E4. Qué sección de este capítulo le puede ayudar 223

F. Atención médica 223

F1. Uso de esta sección 224

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 225

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 227

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 230

F5. Problemas de pago 237

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 238

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare 239

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 240

G3. Cosas importantes que debe saber respecto a solicitar una excepción 242

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 243

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 245

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 248

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada 250

H1. Cómo informarse sobre sus derechos de Medicare 251

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 252

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 254

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos 255

I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura 256

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 256

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 258

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 259

J1. Pasos siguientes de los servicios y artículos de Medicare 259

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal 261

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 261

K. Cómo presentar una queja 262

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas 262

K2. Quejas internas 264

K3. Quejas externas 265

A. Qué hacer si tiene un problema o queja

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y las apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también denominadas reclamaciones).

Para garantizar la igualdad y la prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo hay términos legales para algunas reglas y fechas límite. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, así que hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, diremos:

"Presentar una queja" en lugar de "presentar una reclamación"

"Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de los beneficios", "determinación de situación de riesgo" o "determinación relacionada con la cobertura"

"Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada"

"Organización de evaluación independiente" (IRO) en lugar de "Entidad de evaluación independiente" (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse más claramente, de manera que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

Algunas veces es confuso iniciar o seguir un proceso para hacer frente a algún problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, usted podría no contar con la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda del Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Puede llamar al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los consejeros del programa HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con respecto a su problema. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor respecto a sus preguntas sobre cobertura de salud. Es posible que le puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.
Su número de teléfono es 1-855-501-3077 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras en las que puede obtener ayuda de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El Oficial Mediador (Ombudsman) para la atención administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS, por sus siglas en inglés) puede ayudar. Le pueden ayudar si tiene problemas para inscribirse, cambiar o dejar un plan de salud. También pueden ayudarle si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 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 supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones acerca de los servicios o problemas de facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o impedimentos del habla pueden utilizar el número TDD sin costo, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si tiene alguna reclamación contra su plan de salud, deberá llamar primero a su plan de salud al **1-866-880-0606** y seguir el proceso de reclamación de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de reclamación no prohíbe ningún derecho o recurso jurídico potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una reclamación que implique una emergencia, una reclamación que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una reclamación que haya permanecido sin solución por más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También podría ser elegible para que

se realice una Evaluación médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos experimentales o de investigación y disputas de pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono sin costo **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

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

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina "proceso integrado" porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de Medi-Cal.

A veces los procesos de Medicare y de Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla que aparece a continuación le ayuda a encontrar la sección de este capítulo correspondiente a sus problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si una atención médica en particular (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la manera en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E**, "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo presentar una queja".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y para presentar una apelación trata sobre 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 atención médica.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura y 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. Usted o su médico podrían no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podríamos negarnos a proporcionar atención médica que usted considera que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto, o que ya no está cubierto en el caso de usted, por parte de Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no queda satisfecho con esta decisión, puede presentar una "apelación" sobre la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos la decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a esto se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, examinamos la decisión que tomamos sobre la cobertura con el fin de comprobar que seguimos todas las reglas correctamente. Examinadores diferentes a quienes tomaron la decisión desfavorable original se hacen cargo de la apelación.

En la mayoría de los casos, usted debe iniciar su apelación de Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o supone una amenaza inmediata y grave para su salud, o si sufre dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una evaluación médica independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada de California en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando finalizamos la evaluación, le damos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, usted puede solicitar una decisión acelerada o "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de la atención médica de Medicare, la carta le informará que

nosotros enviamos su caso a la Organización de evaluación independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no queda satisfecho con la decisión sobre la apelación de Nivel 2, usted podría pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Usted puede pedir ayuda de cualquiera de las siguientes entidades:

Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.

Centro de ayuda en el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones respecto a los servicios o problemas de facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o impedimentos del habla pueden utilizar el número TDD sin costo, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Mientras que el DMHC puede ayudar a las personas con planes de Medi-Cal administrados, no puede ayudar a las personas con planes de Medicare únicamente y en los siguientes Sistemas de salud organizados de los condados (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula los planes de Medicare y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de los sistemas COHS.

Su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.

Un amigo o familiar. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted 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 tenerlo** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Llame a su propio abogado, u obtenga el nombre de un abogado de la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Algunos

grupos legales le proporcionarán servicios legales sin costo si reúne los requisitos.

- Solicite un abogado de ayuda legal del Programa del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) de Medicare Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.

Llene el formulario de designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a una persona para actuar en nombre de usted.

Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página y pida el formulario de Designación de representante ("Appointment of Representative"). También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.hpsm.org/member/your-representation. **Usted debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo le puede ayudar

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes. Proporcionamos detalles de cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

Sección F, "Atención médica"

Sección G, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"

Sección H, "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada"

Sección I, "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos" (Esta sección se aplica únicamente a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de atención especializada de enfermería y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés.)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene algún problema para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre la solicitud de una hospitalización más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando eso ocurre, explicamos cómo difieren las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare respecto a las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección explica lo que usted puede hacer en cualquiera de estas situaciones:

1. Usted cree que cubrimos atención médica que necesita pero que no está recibiendo.

   Esto es lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle pero usted considera que debemos aprobarla.

   Esto es lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que usted cree que cubrimos, pero no la vamos a pagar.

   Esto es lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó atención médica que creía que cubrimos, y desea que le demos un reembolso.

   Esto es lo que puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura para determinada atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Esto es lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

   Si la cobertura es de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de atención especializada de enfermería o los servicios de un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.

   Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o el cese de su cobertura para determinada atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

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

   Esto es lo que puede hacer: Usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se le llama **"determinación integrada de la organización"**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

llamando al: 1-866-880-0606, TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.

enviando un fax al: 1-650-616-2190.

escribiendo a: CareAdvantage Unit
Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080.

Decisión de cobertura estándar

Cuando emitimos nuestra decisión, usamos las fechas límite "estándar", a menos que acordemos usar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

5 días hábiles después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**

5 días hábiles, a más tardar **14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**.

72 horas después de recibir su solicitud para un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Decisión de cobertura rápida

> El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación expedita (expedited determination).**

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta:

72 horas después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico**.

24 horas después de recibir su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

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

Está pidiendo la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **usted no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida con respecto al pago de artículos o servicios que usted ya recibió.

Usar las fechas límite estándar **podría ocasionar un grave daño a su salud** o afectar su capacidad de funcionamiento.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si le damos una decisión de cobertura rápida.

Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que lo indique claramente y en su lugar usamos las fechas límite estándar. La carta le indica lo siguiente:

- Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
- Cómo puede presentar una "queja rápida" respecto a nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si decimos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando las razones.

Si decimos **No** a su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que evaluemos nuestra decisión y la cambiemos.

Si decide hacer una apelación, usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son:

si la solicitud está incompleta,

si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**

si usted pide que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se ha desestimado la solicitud y cómo puede solicitar una revisión de la desestimación. A esta revisión se le 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 autorizado debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.

Si su médico u otra persona autorizada para recetar pide que continúe un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante su apelación, es posible que tenga que nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.

Si alguna persona que no sea su médico hace la apelación por usted, incluya un formulario de "Designación de representante" (Appointment of Representative) autorizando a dicha persona a representarlo a usted. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *o en nuestro sitio web en* www.hpsm.org/member/your-representation.

Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos iniciar o concluir nuestra evaluación hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de que venza nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:

- Desestimamos su solicitud, y
- Le enviamos una notificación por escrito en la que se explica su derecho a solicitar a la IRO que examine nuestra decisión de desestimar su apelación.

Usted debe solicitar una apelación dentro de un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que aparece en la carta que enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo por el cual no la cumplió, posiblemente podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información equivocada acerca de la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación llega tarde cuando la presente.

Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relacionada con su apelación. Usted y su médico también nos pueden proporcionar información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

> El término legal para "apelación rápida" es **"reconsideración acelerada" (expedited reconsideration).**

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

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si le concedemos una apelación rápida.

Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos de una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indique claramente y en su lugar usamos las fechas límite estándar. La carta le indica lo siguiente:

- Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una "queja rápida" respecto a nuestra decisión de darle una apelación estándar en vez de una apelación rápida. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.

Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una apelación de Nivel 1 dentro de un plazo de 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o a más tardar en la fecha de inicio prevista de la acción, lo que ocurra después.

- Si cumple esta fecha límite, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
- También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

- Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Cuando evaluamos su apelación, hacemos otro análisis detallado de toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.

Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.

Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Hay fechas límite para una apelación rápida.

Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de **72 horas después de que recibamos su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en la Sección F4 de este capítulo, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como venza el plazo. En California una Audiencia Estatal se llama "State Hearing". Para presentar una audiencia estatal, consulte Audiencia estatal más adelante en este capítulo.

Si decimos Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.

Si decimos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay fechas límite para una apelación estándar.

Cuando utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.

Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta en la fecha límite establecida, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como venza el plazo. En California una Audiencia Estatal se llama "State Hearing". Para presentar una audiencia estatal, consulte Audiencia estatal más adelante en este capítulo.

Si decimos Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como lo requiera su condición médica y dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación, si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de 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 nosotros hemos enviado su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le informa cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Medi-Cal o ambos programas normalmente cubren el servicio o artículo.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medicare** normalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto concluya la apelación de Nivel 1.

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que **Medi-Cal** normalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dice cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** puedan cubrir, usted obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 con la

IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal y una evaluación médica independiente con el estado. Sin embargo, una evaluación médica independiente no está disponible si usted ya ha presentado pruebas en una audiencia estatal.

Si usted reunía los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener más información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Si su problema es sobre un servicio normalmente cubierto solo por Medicare, sus beneficios de ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.

Si su problema es sobre un servicio normalmente cubierto solo por Medi-Cal, sus beneficios de ese servicio sí continúan si usted presenta una apelación de Nivel 2 dentro de un plazo de 10 días calendario posteriores a la recepción de una carta que explica nuestra decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare cubre normalmente

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

> El nombre formal de la Organización de evaluación independiente (IRO) es **Entidad de evaluación independiente**, algunas veces denominada **IRE**.

Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.

Enviamos información sobre su apelación (su "expediente del caso") a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.

Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

Los examinadores de la IRO analizan detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

Si presentó ante nosotros una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente obtiene una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

Si presentó ante nosotros una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente obtiene una apelación estándar en el Nivel 2.

Si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico, la IRO debe dar respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe dar respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

Si la IRO aprueba parcial o totalmente la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos implementar sin demora la decisión:

- Autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de un plazo de 72 horas o**
- Proporcionar el servicio dentro de un plazo de **5 días laborales** desde que recibimos la decisión de la IRO correspondiente a las **solicitudes estándar; o**
- Proporcionar el servicio **dentro de un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la IRO correspondiente a las **solicitudes aceleradas.**

Si la IRO aprueba parcial o totalmente la solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, nosotros debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:

- **Dentro de un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión de la IRO correspondiente a las **solicitudes estándar; o**
- **Dentro de un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO correspondiente a las **solicitudes aceleradas.**

Si la IRO rechaza parcial o totalmente su apelación, esto significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. A esto se le llama "se sostiene la decisión" (upholding the decision) o "se rechaza su apelación" (turning down your appeal).

Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación.

Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, para sumar un total de cinco niveles.

Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que usted recibe después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo (ALJ) o abogado adjudicador. Consulte la **Sección J** 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 cubre normalmente

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 en relación a los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentando una queja o una evaluación médica independiente o (2) Audiencia estatal.

(1) Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una evaluación médica independiente (IMR) en el Centro de ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC evaluará nuestra decisión. El DMHC llevará a cabo su propia investigación de su queja o decidirá si el caso reúne los requisitos de una evaluación médica independiente (IMR). Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos que no son parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, le debemos proporcionar el servicio o artículo que ha solicitado. Usted no paga costo alguno por una evaluación IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR en el caso de que nuestro plan:

Niegue, cambie o retrase un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.

No cubra un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.

Cuestione si un servicio o procedimiento quirúrgico era de naturaleza cosmética o reconstructiva.

Rehúse pagar servicios de emergencia o de urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.

No haya resuelto su apelación de Nivel 1 con respecto a un servicio de Medi-Cal dentro de un plazo de 30 días calendario en el caso de una apelación estándar, o de 72 horas, o antes si su salud lo requiere, al tratarse de una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, deberá presentarnos una apelación antes de solicitar una evaluación IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una evaluación 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, usted tendrá que volver a presentar su apelación ante nosotros antes de que pueda solicitar una IMR de nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre una amenaza grave e inminente a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.

Usted puede solicitar una evaluación médica independiente (IMR) y una audiencia estatal, pero no se le permite acceder a la IMR si ya ha presentado evidencia en una audiencia estatal o tuvo una audiencia estatal sobre el mismo problema.

Si se le negó el tratamiento porque era experimental o de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente y supone una amenaza inmediata y grave para su salud o si sufre dolor intenso, puede someterlo inmediatamente a la atención del DMHC sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Usted debe **solicitar una IMR dentro de un plazo de 6 meses** a partir de que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por un motivo justificado, como por ejemplo, si tuvo una condición médica que le haya impedido solicitar la evaluación médica independiente (IMR) dentro de un plazo de 6 meses o si no recibió el aviso correspondiente del proceso de IMR de nuestra parte.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

Llene un formulario de IMR/queja disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de ayuda del 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 negamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no los 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/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.

Envíe el formulario de IMR/queja y los documentos adjuntos al DMHC:
Envíe en línea: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Envíe por correo o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Dentro de 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 cumple los criterios establecidos para la evaluación médica independiente (IMR), se tomará una decisión al respecto dentro de un plazo de 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y usted reúne los requisitos para una IMR, la decisión de la IMR generalmente se tomará dentro de un plazo de 7 días a partir de la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la evaluación IMR, puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de su parte o de su médico. Si está utilizando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus expedientes médicos de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus expedientes de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no reúne los requisitos de una evaluación médica independiente, el DMHC evaluará su caso a través de su proceso de quejas normal del consumidor. Su queja debe resolverse dentro de un plazo de 30 días calendario de la presentación de la solicitud debidamente llenada. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos de Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o un artículo que no vamos a aprobar, o si no continuaremos pagando un servicio o artículo que usted ya tiene y hemos dicho que no en su apelación de Nivel 1, tiene el derecho a solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos **usted tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que el aviso sobre la "carta de decisión de la apelación" (Appeal Decision Letter) le sea enviada por correo.

NOTA: Si solicita una Audiencia estatal porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente va a ser cambiado o suspendido, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su Audiencia estatal está pendiente. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?" en la página 15 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia estatal:

1. Puede llenar la solicitud de Audiencia estatal ("Request for State Hearing") al reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información que se requiere tal como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o del condado que tomó la acción en su contra, el(los) programa(s) de ayuda involucrado(s) y un motivo detallado de por qué desea una audiencia. A continuación puede presentar su solicitud en una de las siguientes maneras:

   Al County Welfare Department a la dirección indicada en el aviso.

   Al California Department of Social Services:

   State Hearings Division
   P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
   Sacramento, California 94244-2430

   Al número de fax de State Hearings Division al 916-309-3487 o sin costo al 1-833-281-0903.

2. Llame 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 pedir una Audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Ya sea que llene el formulario de "Solicitud de audiencia estatal" por correo, fax o solicite una audiencia estatal por teléfono, debe presentar la apelación de Nivel 2 usted mismo. HPSM no presentará la apelación por usted. La State Hearings Division revisará su apelación y le informará de su decisión como se indica a continuación.

La State Hearings Division le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

Si la oficina de la State Hearings Division dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de un plazo de 72 horas** después de que recibimos esa decisión.

Si la State Hearings Division dice que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. A esto se le llama "se sostiene la decisión" (upholding the decision) o "se rechaza su apelación" (turning down your appeal).

Si la decisión de la IRO o de la audiencia estatal es **no** para la totalidad o una parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **IRO**, usted puede volver a apelar solo si el valor monetario del servicio o artículo que desea cumple con una determinada cantidad mínima. La apelación de Nivel 3 la maneja un juez ALJ o abogado adjudicador. **La carta que usted recibe de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que usted puede tener.**

La carta que recibe de la State Hearings Division describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores dentro de la red le facturen a usted por servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le debe pedir que pague es el copago por medicamentos de la Parte D de Medicare.

Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si ha seguido las reglas para obtener los servicios o el artículo.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*. Describe situaciones en las que usted podría necesitar pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita para el pago.

Si usted pide que le hagamos un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas del uso de su cobertura.

Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos la parte del costo que nos corresponde por su servicio o artículo generalmente dentro de un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar en 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

Si todavía no ha pagado el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aprobar** su solicitud de una decisión de cobertura.

Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicando por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la organización IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario.

  Si la IRO dice **No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. A esto se le llama "se sostiene la decisión" (upholding the decision) o "se rechaza su apelación" (turning down your appeal). Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. 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 ellos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D de**

Medicare. Diremos "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de decir "medicamento de la Parte D de Medicare" cada vez.

Para que sea cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre un uso médicamente aceptado.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide tomar respecto a sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

Usted nos pide que hagamos una excepción, y además:

- Que cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o
- Que dejemos sin efecto una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad que usted puede obtener)

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan pero debemos aprobárselo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal y como se emitió, usted recibirá una notificación por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "**determinación relacionada con la cobertura**".

Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud sobre la decisión de cobertura que tiene que ver con el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la taFbla siguiente a modo de guía.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que dejemos sin efecto una regla o restricción respecto a un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió y pagó.	Le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que usted nos pide que reconsideremos.)
Empiece con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

- Si no cubrimos un medicamento de la manera en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.
- Cuando usted solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada para recetar tiene que explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **"excepción a la lista de medicamentos aprobados"**.

A continuación encontrará algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*

Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted hace el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 2 para medicamentos de marca o del Nivel 1 para medicamentos genéricos.

No puede obtener una excepción a la cantidad de copago requerida para el medicamento.

2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto

- Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*).

  Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:

  - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.
  - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto algunas veces se le llama "autorización previa (PA)".
  - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. A esto algunas veces se le llama "terapia de pasos".
  - Límites en la cantidad. Para algunos medicamentos existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

  Si aceptamos una excepción para usted y dejamos sin efecto una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe realizar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un menor nivel de costo

compartido. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de dos niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menor será el monto de copago requerido.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una condición médica específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos".

Si un medicamento alternativo para su condición médica se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.

Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido menor con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente usted pagará el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber respecto a solicitar una excepción

Su médico u otra persona autorizada para recetar debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona autorizada para recetar debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para solicitar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona autorizada para recetar cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una condición médica específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no sean igual de eficaces para usted o sea probable que le causen reacciones adversas u otros daños.

Podemos aprobar o negar su solicitud.

Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta finalizar el año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición médica.

Si decimos **No** a su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que digamos **No**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-866-880-0606 o enviándonos una carta o un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para recetar) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada para recetar) o alguien más que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para enterarse de cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que le dé a su médico u otra persona autorizada para recetar un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura a nombre de usted.
- Si quiere pedirnos que le hagamos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si solicita una excepción, denos una "declaración de apoyo". La declaración de apoyo incluye los motivos médicos de su médico u otra persona autorizada para recetar para solicitar la excepción.
- Su médico u otra persona autorizada para recetar puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida."

Usamos las "fechas límite estándar", a menos que acordemos usar las "fechas límite rápidas".

Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico.

Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

> A una "decisión de cobertura rápida" se le llama **"determinación de cobertura acelerada"**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no obtuvo. No puede recibir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que usted ya compró.

- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizamos las fechas límite estándar.

Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud según los plazos de decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura sin el apoyo de su médico u otra persona autorizada para recetar, decidiremos si le otorgamos una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos en su lugar las fechas límite estándar.

    - Le enviamos una carta para informarle que utilizaremos la fecha límite estándar. La carta también le indica cómo presentar una apelación respecto a nuestra decisión.

    - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta dentro de un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite de una decisión rápida de cobertura

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le informamos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la examine una IRO. Consulte la Sección G6 para obtener más información sobre la apelación de Nivel 2.

- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura dentro de un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.

- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta explicando los motivos. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite de una decisión de cobertura estándar respecto a un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informamos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la examine una IRO.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura dentro de un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta explicando los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Fechas límite de una decisión de cobertura estándar respecto a un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la examine una IRO.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsamos dentro de un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta explicando los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

> A la apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se le llama **"redeterminación"** del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o **rápida** llamando al **1-866-880-0606** o enviándonos una carta o un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para recetar) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.

- Usted debe solicitar una apelación **dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en la carta que enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo por el cual no la cumplió, posiblemente podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo son: usted ha tenido una enfermedad grave, o le dimos información equivocada acerca de la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación llega tarde cuando la presente.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relacionada con su apelación. Usted y su médico también nos pueden proporcionar información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

> A la apelación rápida también se le llama **"redeterminación acelerada"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar deben decidir si se necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que aquellos para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y hacemos otro análisis detallado de toda la información de su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o su médico u otra persona autorizada para recetar para obtener más información.

Fechas límite de la apelación rápida en el Nivel 1

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Le informamos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo evalúa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de evaluación y el proceso de apelación del Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si decimos **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.

Fechas límite de la apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.

- Le damos antes nuestra decisión si usted no recibió el medicamento y su condición médica lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
    - Si no le damos una decisión dentro de un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo evalúa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de evaluación y el proceso de apelación del Nivel 2.

Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos dar tan rápido como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que usted compró **dentro de un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos **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 darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que usted compró **dentro de un plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
    - Si no le damos una decisión dentro de un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO lo evalúa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de evaluación y el proceso de apelación del Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos **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 **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usted utiliza el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** estudia nuestra decisión de **negar** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de evaluación independiente" (IRO) es **"Entidad de evaluación independiente"**, algunas veces denominada **"IRE"**.

Para hacer una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar debe comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una evaluación de su caso.

- Si decimos **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le informan quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo contactar a la organización.

- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, nosotros enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se le llama su "expediente del caso". **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso**. Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del expediente de su caso, llame al 1-866-880-0606.

- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO examina su apelación de Nivel 2 sobre la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Fechas límite de la apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una "apelación rápida".

- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

- Si la organización dice **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **dentro de un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Fechas límite de la apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.

- **dentro de un plazo de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por el reembolso de un medicamento que usted compró.

Si la IRO dice **Sí** parcial o totalmente a su solicitud:

- Nosotros debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **dentro de un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle por un medicamento que usted compró dentro de un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud de usted. A esto se le llama "se sostiene la decisión" o "se rechaza su apelación".

Si la IRO dice **No** a su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita es menor al mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión sobre la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor monetario mínimo necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO dice **No** a su apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si quiere presentar una apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Las apelaciones de Nivel 3 las maneja un juez ALJ o abogado adjudicador. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa al hospital, tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted a fin de prepararse para el día que abandone el hospital. También ayudan a organizar la atención que usted pueda necesitar después de que salga.

- El día en que sale del hospital se le denomina "fecha de alta".

- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha en que será dado de alta.

Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, o le preocupa su atención después de su alta del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Independientemente de las apelaciones discutidas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar una evaluación médica independiente al DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación médica independiente. Puede solicitar una Evaluación médica independiente además de, o en lugar de, una apelación de Nivel 3.

H1. Cómo informarse sobre sus derechos de Medicare

Dentro de un plazo de dos días después de su admisión al hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un trabajador de casos, le dará un aviso por escrito denominado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son admitidas en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de CareAdvantage 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 detenidamente el aviso** y haga preguntas si no lo comprende. El aviso informa sobre sus derechos como paciente hospitalario, lo que incluye:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
    - Su derecho a ser parte de cualquier decisión acerca de la duración de su hospitalización.
    - Su derecho a saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Su derecho a apelar si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.

- Firmar el aviso **únicamente** muestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya dicho su médico o el personal del hospital.

- **Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga a la mano la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den de alta.

Puede ver una copia de este aviso con anticipación haciendo lo siguiente:

- Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) evalúa la apelación de Nivel 1 a fin de determinar si su fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos revisan y ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la organización QIO es Commence Health. Llámelos al 1-877-588-1123.
La información de contacto aparece también en el aviso "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en su fecha de alta prevista.

- **Si llama antes de salir**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.

- **Si no llama para presentar una apelación**, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.

- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no procesa su solicitud de continuar su hospitalización, o si usted considera que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si sufre dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar una evaluación médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación médica independiente.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

- Llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una evaluación rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una evaluación rápida de su alta del hospital.

> El término legal para la **"evaluación rápida"** es **"evaluación inmediata" (immediate review)** o **"evaluación acelerada" (expedited review).**

Qué sucede durante una evaluación rápida

- Examinadores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta prevista. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.

- Los examinadores evalúan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.

- Para el mediodía del día siguiente en que los examinadores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta que indica su fecha de alta prevista. En la carta también se explican las razones de por qué su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es **"Notificación detallada de alta" (Detailed Notice of Discharge)**. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO le da respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Consideran que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará el mediodía del día posterior a que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo completo de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta evaluación **dentro de un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación **únicamente** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Los examinadores de la QIO:

- Analizarán cuidadosamente de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda evaluación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en relación con su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que le informan lo que usted puede hacer si quiere continuar el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar una Evaluación médica independiente al DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación médica independiente.

Las apelaciones de Nivel 3 las maneja un juez ALJ o abogado adjudicador. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección trata únicamente de tres tipos de servicios que usted puede estar recibiendo:

- servicios de atención médica en el hogar
- atención de enfermería especializada en un centro de atención especializada de enfermería, **y**
- atención 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 cirugía mayor.

Al recibir cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir sus servicios cubiertos durante el tiempo que su médico diga que usted los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos informarle **antes** de que terminen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura de dicho servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que vamos a finalizar la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. A este aviso se le llama "Aviso de no cobertura de Medicare". El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo puede hacer una apelación de nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para confirmar que lo recibió. Firmar el aviso **únicamente** muestra que usted recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si considera que vamos a finalizar la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que usted debe hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a lo que usted debe hacer. También nuestro plan debe cumplir las fechas límite. Si considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:

    - Llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página.

    - Llame a HICAP al 1-800-434-0222.

- **Comuníquese con la QIO.**

    - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.

    - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.

- **Actúe rápido y solicite una "apelación por vía rápida".** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de inicio de vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o si usted considera que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si está sufriendo un dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar una Evaluación médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación médica independiente.

El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare" (Notice of Medicare Non-Coverage)**. Para obtener un ejemplar de muestra, llame al Departamento de CareAdvantage a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien obtenga un ejemplar en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación por vía rápida

- Los examinadores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debe continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.

- Los examinadores evalúan su información médica, hablan con su médico y examinan la información que nuestro plan les proporcionó.

- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso antes de que finalice el día en que los examinadores nos informan de su apelación.

El término legal del aviso con la explicación es **"Explicación detallada de no cobertura"**.

- Los examinadores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar la parte de los costos que nos corresponde de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Usted paga el costo completo de esta atención si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de atención especializada de enfermería o servicios de un CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta evaluación **dentro de un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación **únicamente** si sigue recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Los examinadores de la QIO:

- Analizarán cuidadosamente de nuevo toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda evaluación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos la parte de los costos que nos corresponde de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

- Proporcionaremos la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Ellos están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que le informan lo que usted puede hacer si quiere continuar el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Usted puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Evaluación médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Por favor consulte la **Sección F4** para saber cómo solicitar al DMHC una Evaluación médica independiente. Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Evaluación médica independiente además de, o en lugar de, una apelación de Nivel 3.

Las apelaciones de Nivel 3 las maneja un juez ALJ o abogado adjudicador. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos siguientes de los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2 respecto a servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, podría tener el derecho a obtener niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza una determinada cantidad mínima establecida, usted no puede apelar más. Si el valor monetario es lo suficientemente elevado, puede continuar el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 le explica con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez ALJ. La persona que toma la decisión es un juez ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de la apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podemos esperar

la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en desacuerdo.

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez ALJ o el abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, el proceso de apelación podría no haber terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. El aviso que usted recibe le informará lo que puede hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) evalúa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su apelación de Nivel 4 o niega nuestra solicitud de evaluar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice **No** o niega nuestra solicitud de evaluación, el proceso de apelación podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. El aviso que usted recibe le informará si puede continuar a una apelación de Nivel 5 y lo que puede hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito examinará su apelación y toda la información y decidirá si la **aprueba** o la **rechaza**. Esta es la decisión final. No hay 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 acerca de servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que usted recibe de la State Hearings Division le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección podría ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor monetario del medicamento que apeló cumple un cierto nivel monetario, usted podría pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez ALJ. La persona que toma la decisión es un juez ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- Termina el proceso de apelación.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento autorizado dentro de un plazo de 72 horas (o de 24 horas en una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, el proceso de apelación podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. El aviso que usted recibe le informará lo que puede hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo evalúa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su apelación:

- Termina el proceso de apelación.

- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento autorizado dentro de un plazo de 72 horas (o de 24 horas en una apelación acelerada) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo dice **No** a su apelación o si el Consejo niega la solicitud de evaluación, el proceso de apelación podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de evaluación. El aviso que usted recibe le informará si puede continuar a una apelación de Nivel 5 y lo que puede hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito examinará su apelación y toda la información y decidirá si la **aprueba** o la **rechaza**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como los relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera, coordinación de la atención y servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	Está descontento con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respetar su privacidad	Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue descortés o irrespetuoso con usted. Nuestro personal lo trató mal. Usted piensa que le están obligando a abandonar nuestro plan.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia con idiomas	No puede acceder físicamente a los servicios y centros de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que usted habla (por ejemplo, el lenguaje de señas estadounidense o el español). Su proveedor no le da otras adaptaciones razonables que usted necesita y pide.
Tiempos de espera	Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla. Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de CareAdvantage u otros miembros del plan le hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	Piensa que la clínica, hospital o consultorio médico no está limpio.
La información que recibe de nosotros	Piensa que no le enviamos un aviso o carta que debería haber recibido. Piensa que es muy difícil comprender la información escrita que le enviamos.
Puntualidad respecto a las decisiones de cobertura o las apelaciones	Cree que no cumplimos con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con las fechas límite para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle por determinados servicios médicos. No cree que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y es evaluada por este. Una queja externa se presenta a una organización no afiliada a nuestro plan y es evaluada por esa organización.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o una queja externa, puede llamar al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

> El término legal para "queja" es **"reclamación" (grievance).**
>
> El término legal para "presentar una queja" es **"presentar una reclamación" (filing a grievance).**

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que sea con respecto a un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es con respecto a un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de que haya tenido el problema sobre el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de CareAdvantage se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Para iniciar su reclamación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante de usted debe comunicarse con nosotros. Puede llamar al Departamento de CareAdvantage al 1-866-880-0606, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Puede solicitarnos una "reclamación estándar" (standard grievance) o una "reclamación rápida" (fast grievance).
- Si solicita una reclamación estándar o una reclamación rápida, presente su reclamación por escrito o llámenos.
- *Puede enviar una reclamación por escrito a la siguiente dirección:*

  Grievance and Appeals Unit
  Health Plan of San Mateo
  801 Gateway Blvd., Suite 100
  South San Francisco, CA 94080

- Puede enviar su reclamación por Internet a: grievance.hpsm.org/

- También puede presentar su reclamación a través del Departamento de reclamaciones y apelaciones al 1-888-576-7227, TTY 1-800-855-3000 o marque 7-1-1, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Le enviaremos una carta dentro de un plazo de 5 días calendario posteriores a la recepción de su reclamación para informarle que la recibimos.

> **El término legal** para una "queja rápida" es **"reclamación acelerada" (expedited grievance)**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición médica requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las reclamaciones dentro de un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos información actualizada sobre el estado y tiempo estimado para que usted reciba 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 un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque necesitamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le damos una "queja rápida" y respondemos a su queja dentro de un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, se lo haremos saber y le explicaremos los motivos. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está a su disposición en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante CareAdvantage antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está atendiendo 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 Oficial mediador y protector de los derechos de las personas de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS, por sus siglas en inglés) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de reglamentar los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener asistencia con quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no 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 después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que implique un asunto urgente o que suponga una amenaza inmediata y grave para su salud, si sufre dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja, o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Hay dos formas para obtener asistencia del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o impedimentos del habla pueden usar el número TTY sin costo 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 (Office for Civil Rights, OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre la accesibilidad para personas con discapacidad o la asistencia lingüística en otros idiomas. El número de teléfono de la OCR es el 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.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

Office for Civil Rights – Pacific Region
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de Respuesta al Cliente:
1-800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Email: OCRMail@hhs.gov

Usted podría tener derechos según lo dispuesto por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) o bajo cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse con la Oficina del Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman) llamando al 1-888-452-8609 o consulte el Capítulo 2 de su *Manual del miembro*.

QIO

Cuando su queja está relacionada con la calidad de la atención, tiene dos opciones:

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.

Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboramos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno federal para evaluar y mejorar la atención que se le brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

En California, la organización QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es el 1-877-588-1123.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede dar por terminada su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de que abandone nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá formando parte de los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo usted puede dar por terminada su membresía en nuestro plan 269

B. Cómo dar por terminada su membresía en nuestro plan 270

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal de forma separada 271

C1. Sus servicios de Medicare 271

C2. Sus servicios de Medi-Cal 274

D. Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan 275

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 275

F. Reglas en contra de pedirle que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 277

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 277

H. ¿Cómo puede obtener información adicional sobre cómo dar por terminada su membresía en el plan? 277

A. Cuándo usted puede dar por terminada su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden dar por terminada su membresía solo durante ciertos momentos del año. Dado que tiene Medi-Cal,

- tiene algunas opciones para dar por terminada su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Asimismo, puede dar por terminada su membresía en nuestro plan durante los periodos siguientes cada año:

- El **periodo de inscripción abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan inicia el 1 de enero.

- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura 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 en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan inicia el primer día del siguiente mes.

Podría haber otras circunstancias en las que usted puede realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,

- su elegibilidad para la cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional cambió, **o**

- si usted recientemente se mudó a un centro de enfermería o un hospital de atención médica a largo plazo, actualmente recibe atención allí o acaba de mudarse de ese lugar.

Su membresía finaliza el último día del mes en que hayamos recibido su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura inicia el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Si sale de nuestro plan, puede obtener información acerca de sus:

- Opciones de Medicare en la tabla que aparece en la **Sección C1**.

- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede dar por terminada su membresía llamando a:

- El Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options (Opciones de atención médica) 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.
- Oficial Mediador para la atención administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o por email a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si usted se encuentra en un Programa de manejo de medicamentos (DMP), tal vez no pueda cambiarse a un plan diferente. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre los Programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo dar por terminada su membresía en nuestro plan

Si decide dar por terminada su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar que se cancele la membresía a nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación:

- Puede hacernos llegar una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY (las personas que tienen problemas de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 5 se ofrece más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando usted abandona nuestro plan.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que usted puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también pondrá fin a su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal de forma separada

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare en cualquier mes del año, que se enumeran a continuación. Tiene una opción adicional, indicada a continuación, durante ciertos momentos del año, incluidos el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted dará por terminada automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que hay que hacer:**
Un plan de Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi), que es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y de Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, lo cual incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un Programa de atención integral para las personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si usted reúne los requisitos. **Nota:** El término "Plan Medi-Medi" es el nombre para los planes integrados de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California.	Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas sobre el Programa de atención integral para las personas mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan de Medicare cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.

2. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare aparte y un Plan de Medi-Cal.**	**Esto es lo que hay que hacer:** Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Cuando empiece su cobertura de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan. Usted permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal a menos que opte por un plan distinto.

3. Puede cambiar a: **Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare aparte** **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Esto es lo que hay que hacer:** Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Cuando empiece su cobertura de Medicare Original, se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan. Usted permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal a menos que opte por un plan distinto.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas fechas del año, incluidos el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección A**.	**Esto es lo que hay que hacer:** Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas sobre el Programa de atención integral para las personas mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan de Medicare cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal podría cambiar.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre sus servicios de Medi-Cal después de haber abandonado nuestro plan, comuníquese con Health Care Options (Opciones de atención médica) 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. También puede visitar www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad de Medi-Cal, puede comunicarse a los siguientes lugares:

- Si tiene Medi-Cal a través de la Agencia de Servicios Humanos del Condado de San Mateo, debe comunicarse al 1-800-223-8383.

- Si tiene Medi-Cal a través de sus beneficios del SSI, debe comunicarse con su Oficina de la Administración *del Seguro Social local llamando al 1-800-772-1213*.

D. Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si se retira de nuestro plan, podría pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted sigue obteniendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores dentro de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus medicamentos con receta.
- Si usted es hospitalizado el día que finalice su membresía en CareAdvantage, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den 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 casos en los que debemos dar por terminada su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted no reúne los requisitos de Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto de Medicare como de Medi-Cal. Nota: si ya no reúne los requisitos para recibir Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte la información que se indica a continuación sobre el periodo de consideración. Si usted no tiene la cobertura de Medi-Cal a través de HPSM, daremos por terminada su inscripción en CareAdvantage a partir del primer día del quinto (5º) mes después de que termine su Medi-Cal. Por ejemplo, si su inscripción en Medi-Cal finalizó el 1 de junio, cancelaremos su membresía en CareAdvantage si su Medi-Cal aún no está activo el 1 de octubre. Si esto sucede, se le inscribirá automáticamente en Medicare Original.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio, la cual es el condado de San Mateo.

Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Puede permanecer inscrito en el plan hasta 6 meses después del inicio de su viaje. Si no

regresa al área de servicio de nuestro plan antes del final del sexto mes, daremos por terminada su membresía en nuestro plan.

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de CareAdvantage para averiguar si el lugar al que se mudará o viajará se encuentra en el área de servicio de nuestro plan, que es el condado de San Mateo.
- Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para saber cómo obtener atención mediante nuestros beneficios de visitante o viajero cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan.

- Si usted va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no reúne los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo.
  - Debemos cancelar su membresía si usted no cumple con este requisito.
- Si ya no reúne los requisitos de Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado y ya no reúne los requisitos de CareAdvantage, puede seguir recibiendo sus beneficios por parte de CareAdvantage durante un período adicional de cuatro meses. Este periodo adicional le permite corregir su información de elegibilidad si usted cree que aún reúne los requisitos. Recibirá una carta nuestra indicando el cambio en su elegibilidad, así como instrucciones acerca de cómo corregir su información de elegibilidad.
  - Para seguir siendo miembro de CareAdvantage, debe volver a reunir los requisitos antes del último día del período de cuatro meses.
  - Si no reúne los requisitos al finalizar el período de cuatro meses, se cancelará su membresía en CareAdvantage.

Podemos obligarlo a que deje nuestro plan por las siguientes razones sólo si obtenemos primero la autorización de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.

- Si se comporta continuamente de una forma que es disruptiva y que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare podría pedirle al Inspector general que investigue su caso si damos por terminada su membresía por ese motivo).

F. Reglas en contra de pedirle que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. ¿Cómo puede obtener información adicional sobre cómo dar por terminada su membresía en el plan?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cómo dar por terminada su membresía, puede llamar al Departamento de CareAdvantage al número que aparece al final de la página.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

A. Notificación sobre las leyes 279

B. Notificación federal sobre la no discriminación 279

C. Aviso sobre la no discriminación para Medi-Cal 279

D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso 280

E. Aviso sobre la recuperación patrimonial de Medi-Cal 281

A. Notificación sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro.* Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque no estén incluidas ni explicadas en este *Manual del miembro*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Notificación federal sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamos, historial médico, información genética, constancia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 discriminamos o lo tratamos de manera diferente debido a su raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamos, historial médico, información genética, constancia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos, excluimos ni tratamos de manera diferente a las personas de forma ilícita por su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Transmisión de Mensajes). Si usted considera que le han discriminado y quiere presentar una reclamación por discriminación, comuníquese con el Coordinador

de Derechos Civiles de HPSM. Puede presentar una reclamación por escrito, en persona o por medios electrónicos. Llame al Coordinador de Derechos Civiles de HPSM al 1-888-576-7227, TTY 1-800-855-3000, o marque 7-1-1. También puede llenar un formulario de queja o enviar una carta a:

Health Plan of San Mateo
Attn: HPSM Civil Rights Coordinator
801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- Los formularios de queja están disponibles en: grievance.hpsm.org

Si su reclamación es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al 711 (Servicio de Transmisión de Mensajes).
- Por escrito: Llene 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.
- Por medios electrónicos: Envíe un email a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de CareAdvantage. Si tiene una queja, tal como un problema con el acceso con silla de ruedas, el Departamento de CareAdvantage puede ayudarle.

D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces alguien más debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o compensaciones al trabajador deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de realizar el cobro de los servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes federales y estatales y los reglamentos relativos a la responsabilidad legal de terceros para brindar servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda su otra cobertura de salud (OHC) de que dispongan antes de Medi-Cal, cuando el mismo servicio esté disponible en 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 actuará como pagador secundario de la cobertura OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos que no pague nuestro plan u otra OHC, hasta la tarifa establecida por Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación patrimonial de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe procurar recuperar del caudal hereditario validado de determinados miembros fallecidos lo gastado en beneficios de Medi-Cal recibidos a partir del día en que cumplieron 55 años. El reembolso incluye primas de pago por servicio y atención administrada/pago por capitación por servicios en un centro de enfermería, servicios en el hogar y comunitarios, y servicios de hospital y medicamentos con receta relacionados recibidos cuando el miembro era un paciente hospitalizado en un centro de enfermería o recibía servicios en el hogar y comunitarios. El reembolso no puede exceder el valor del caudal hereditario validado del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación patrimonial del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo presenta términos clave utilizados en todo este *Manual del miembro* 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 se incluye en una definición, comuníquese con el Departamento de CareAdvantage.

Actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés): Las cosas que las personas hacen en un día normal, tal como comer, usar el inodoro, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de terapia de medicamento (MTM): Programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para evaluar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

Administrador de atención: Persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Apelación: Una forma en que usted puede impugnar una decisión nuestra si considera que hemos cometido un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función de dónde vive la persona. Los planes que limitan a qué médicos y hospitales usted puede utilizar, por lo general también limitan el área en donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse a nuestro plan.

Asistentes de atención a domicilio: Persona que provee servicios que no requieren las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, tal como ayuda con el cuidado personal (para bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de atención en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para atender una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en centros de atención especializada de enfermería (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados en forma continua y diaria en un centro de atención especializada de enfermería. Algunos ejemplos de atención en centros de atención especializada de enfermería incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que sólo pueden ser administrados por una enfermera registrada o un médico.

Atención para pacientes terminales: Programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa

que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- La persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir la atención para pacientes terminales.
- Un equipo especializado de profesionales y cuidadores brindan atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de atención para pacientes terminales en su área geográfica.

Atención requerida de urgencia: Atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede utilizar atención requerida de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a proveedores dentro de la red debido a la hora, el lugar o las circunstancias, que hacen que no sea posible o razonable obtener sus servicios (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición médica no visible pero que no constituye una emergencia médica).

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medi-Cal que no aprobemos, o si no seguimos pagando un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Autorización que debe obtener de nosotros antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o de acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene primero la autorización.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red solo si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están señalados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles y copagos. La ayuda adicional también es conocida como "subsidio por ingresos bajos" o "LIS".

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Biosimilar: Un 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 sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica. (Consulte "Biosimilar intercambiable").

Cancelación de membresía: Proceso de finalización de su membresía de nuestro plan. La cancelación de membresía puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor los antecedentes, valores y creencias de usted a fin de adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de atención especializada de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés): Centro de enfermería con el personal y equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Instalaciones que brindan principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal encargada de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* explica cómo ponerse en contacto con CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El consejo forma parte del Gobierno federal.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como la parte que le corresponde del costo cada vez que obtiene determinados medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un medicamento.

Costo compartido: Cantidades que debe pagar cuando obtiene determinados medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos.

Costos de desembolso: Requisito de compartir los costos que deben cumplir los miembros para pagar parte de los servicios o medicamentos que obtienen se llama requisito de costos de "desembolso". Consulte la definición de "costo compartido" que aparece anteriormente.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC): Departamento estatal de California responsable de reglamentar la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Evaluaciones médicas independientes (IMR).

Departamento de CareAdvantage: Departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre el Departamento de CareAdvantage.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, tomamos una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les llama "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medi-Cal en un único plan de salud para determinados grupos de personas que reúnen los requisitos tanto de Medicare como de Medi-Cal. Estas personas se conocen como personas con elegibilidad doble de beneficios completos.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal, y si está embarazada, la pérdida del bebé por nacer. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que está empeorando rápidamente.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están presentes para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a hacer un plan de atención.

Equipo de atención: Consulte "Equipo de atención interdisciplinaria".

Equipo médico duradero (DME): Determinados artículos que su médico solicita para que usted los utilice en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para personas diabéticas, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Equipo ortopédico y protésico: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello (órtesis); extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o una función corporal interna, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Especialista: Un médico que trata determinados tipos de problemas de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata los huesos fracturados, un alergólogo trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, el miembro necesitará una referencia de su PCP para acudir a un especialista.

Etapa de cobertura catastrófica: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Esta etapa empieza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: La etapa antes de que su total de gastos de medicamentos de la Parte D de Medicare llegue a $2,100. Esto incluye cantidades que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por ingresos bajos. Usted comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos la parte que nos corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés): Evaluación de su historial médico y condición médica actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evaluación médica independiente (Independent Medical Review o IMR): Si negamos su solicitud de servicios o tratamiento médicos, usted puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos suministros DME y medicamentos, puede solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) que se lleve a cabo una evaluación IMR. Una IMR es una

evaluación de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR lo favorece, debemos proporcionarle el servicio o el tratamiento que haya solicitado. Usted no paga costo alguno por una evaluación IMR.

Excepción: Autorización para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a usted una cantidad mayor de nuestro costo compartido por los servicios. Llame al Departamento de CareAdvantage si recibe alguna factura que no comprenda.

Como miembro del plan, usted solo paga las cantidades de costo compartido de nuestro plan por los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. **No** permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad.

Para todos los demás servicios, como pagamos la totalidad del costo de sus servicios, usted **no** adeuda costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que acuerda surtir los medicamentos con receta de los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solo si son surtidos en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha acordado 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 usted recibe de farmacias que no pertenecen a nuestra red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden buscar información sobre beneficios y medicamentos cubiertos completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos de la persona inscrita. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia de pasos, límites de la cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Información personal de salud (también llamada Información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas e historial médico. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para

obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su información PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: Un Juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que conoce y decide casos que involucran a agencias gubernamentales; un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites en la cantidad: El límite de la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

***Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*):** Lista de medicamentos con y sin receta (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos que figuran en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. A la lista de medicamentos algunas veces se le llama "lista de medicamentos aprobados" (formulary).

***Manual del miembro* y divulgación de información:** Este documento, junto con el formulario de inscripción de usted y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa dirigido por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, así como los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo paga el estado y el Gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo así como los costos médicos.
- Cubre servicios extra y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto de Medicare como de Medi-Cal.

Médicamente necesario: Esto describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar, tratar una condición médica o conservar su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted tenga que acudir a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen las normas aceptadas en la práctica médica.

Medicamento de marca: Medicamento fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que lo desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Los medicamentos genéricos

suelen ser fabricados y vendidos por otras empresas farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos según lo dispuesto por la Parte D de Medicare. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Medicamentos genéricos: Medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para utilizarlo en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente cuesta menos y surte el mismo efecto que el medicamento de marca.

Medicamentos que no requieren receta (OTC): Los medicamentos que no requieren receta (Over-the-counter, OTC por sus siglas en inglés) son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención médica.

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare le paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos que establece el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: Parte A de Medicare (seguro de hospital) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare: Programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un Plan de atención administrada (consulte "Plan de salud").

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el Estado.

Nivel de costo compartido: Grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*) se encuentran en uno de dos (2) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted paga por el medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca son ejemplos de niveles del medicamento. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de dos (2) niveles.

Oficial mediador y protector de los derechos de las personas (Ombudsman): Oficina en su estado que funciona como defensor en nombre de usted. Ellos pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del oficial mediador y protector de los derechos de las personas son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del miembro*.

Organización de evaluación independiente (IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su labor. El nombre oficial es **"Entidad de evaluación independiente"**.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. El gobierno federal paga a la organización QIO para que compruebe y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

Paciente hospitalizado: Término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo admiten formalmente, usted aún puede ser considerado paciente ambulatorio en vez de paciente hospitalizado incluso si pasa la noche en el hospital.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centro de atención especializada de enfermería, salud en el hogar y atención para pacientes terminales médicamente necesarios.

Parte A: Consulte "Parte A de Medicare".

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como exámenes de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para atender una enfermedad o condición médica. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: Consulte "Parte B de Medicare".

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan de MA.

Parte C: Consulte "Parte C de Medicare".

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: Consulte "Parte D de Medicare".

Parte del costo: La parte de sus costos de atención médica que usted tal vez tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. La cantidad de la parte que le corresponde de los costos varía dependiendo de sus ingresos y recursos.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: Persona que reúne los requisitos de la cobertura de Medicare y Medicaid. A una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se le llama "persona con elegibilidad doble".

Plan de atención individualizado (ICP o Plan de atención): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Plan de atención: Consulte "Plan de atención individualizada".

Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): Plan de salud que atiende a las personas con elegibilidad doble, es decir, que reúnen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid. Nuestro plan es un plan D-SNP.

Plan de salud: 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 coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos colaboran entre sí para proporcionar el cuidado que usted necesita.

Plan Medi-Medi: El Plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y de Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, lo cual incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y por Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, tales como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Producto biológico original: Producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: Un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (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.

Programa de atención integral para las personas mayores (PACE): Programa que cubre beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su hogar.

Programa de manejo de medicamentos (DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de pedidos por correo: 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, el cual se envía directamente a su domicilio. Esta puede ser una forma económica y práctica de que le los medicamentos con receta que toma habitualmente.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Programa estructurado de cambio de comportamiento en la salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Programa que proporciona información objetiva y asesoramiento gratuitos acerca de Medicare.
El **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* explica cómo ponerse en contacto con HICAP.

Proveedor de atención primaria (PCP): Médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Su PCP se cerciorará de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de los proveedores de atención primaria.

Proveedor dentro de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeras y otras personas que brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que brindan servicios médicos, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Les llamamos “proveedores dentro de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar a los miembros una cantidad extra.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores dentro de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores dentro de la red también se llaman "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no está empleado, no pertenece ni es operado por nuestro plan y no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* explica lo que son los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración escrita o hablada, que indica que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores dentro de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una reclamación”.

Reclamación: Queja que usted hace respecto a nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Referencia: Una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si usted no obtiene primero la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita obtener una referencia para algunos especialistas, como los especialistas en la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*.

Residencia o centro para personas mayores: Centro que proporciona atención a personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Salud conductual: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: Se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término integral que se refiere a servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI): Beneficio mensual que la Administración del Seguro Social paga a las personas de ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): Programa de servicios suministrados en instalaciones para pacientes ambulatorios que brinda cuidados especializados de enfermería, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo a la familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros que cumplen con los requisitos de elegibilidad correspondientes.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con y sin receta, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS): El programa IHSS ayudará a cubrir el pago a los proveedores de atención inscritos por los servicios que le brinden, para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, tal como una residencia para personas mayores o instalaciones de alojamiento y atención. Para recibir servicios, se realiza una evaluación a fin de determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de atención personal (como cuidado del intestino y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales. Las agencias de servicios sociales de los condados administran IHSS.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que puede ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento dé mejores resultados (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios sensibles: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (STI), el VIH/SIDA, las agresiones sexuales y los abortos, los trastornos por consumo de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa, de manera que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los servicios LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son servicios LTSS de Medi-Cal que se proporcionan fuera de nuestro plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): Consulte "Ayuda adicional"

Tarifa diaria de costo compartido: Tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted debe realizar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en un suministro de un mes.

Este es un ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es $1.60. Esto significa que el monto que usted paga por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de $0.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.

Terapia de pasos: Regla de cobertura que requiere que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Departamento de CareAdvantage de Health Plan of San Mateo

Tipo	Detalles
LLAME AL	1-866-880-0606 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El Departamento de CareAdvantage cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-855-3000 o marque 7-1-1 Este número requiere de equipo telefónico especial y es únicamente para aquellas personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	(650) 616-2190
ESCRIBA A	CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 Email: CareAdvantageSupport@hpsm.org
SITIO WEB	www.hpsm.org/careadvantage