

**CommuniCare Advantage Cal**  
**MediConnect Plan**  
**(Medicare-Medicaid Plan)**

## Manual del participante

01/01/2017 – 12/31/2017

### **Su cobertura de salud y medicamentos en virtud del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)**

Este manual le ofrece información sobre su cobertura en virtud del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect hasta el 31 de diciembre de 2017. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de drogas), la cobertura de medicamentos de venta con receta médica, y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a una residencia para ancianos o un hospital. Los servicios y apoyos a largo plazo consisten en Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés), Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés), Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés) y Centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Community Health Group ofrece este plan Cal MediConnect. Cuando en este *Manual del participante* dice “nosotros”, “nos”, “a nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a Community Health Group. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

You can get this information for free in other languages. Call Customer Service Department at 1-888-244-4430, TTY users should call 1-855-266-4584, we are open 24 hours a day, 7 days a week to assist you. The call is free.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Usted puede obtener una copia de este librito en otros idiomas. Por favor comuníquese a al Departamento de Servicios a Participantes, estamos disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Las llamadas a estos números de teléfono son gratis.

استدعاء خدمات الأعضاء في. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بلغات أخرى

نحن متواجدون على مدار (1-855-266-4584 يجب استدعاء TTY / TDD مستخدم) 1-888-244-4430 في المكالمات مجانية. أيام في الأسبوع 7 ساعة في اليوم، 24

Bạn có thể nhận được cuốn sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên tại 1-888-244-4430, chúng tôi mở cửa 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần để giúp đỡ. Người dùng TTY nên gọi 1-855-266-4584. Các cuộc gọi được miễn phí.

Maaari kang makakuha ng manwal na ito nang libre sa iba pang mga wika. Miyembro Serbisyo Department Tumawag sa 1-888-244-4430, bukas kami 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo upang tulungan ka. Dapat tumawag ang mga user ng TTY 1-855-266-4584. Ang mga tawag ay libre.

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, tales como letra grande, braille o CD de audio. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. La llamada es gratuita.

Si desea realizar una solicitud permanente para obtener estos materiales en un formato diferente, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para notificarles, de modo que esta información quede asentada en su registro de miembro.

## Exención de responsabilidades

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que funciona bajo contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect o lea el Manual para Miembros del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Esto significa que usted tal vez tenga que pagar algunos servicios y que necesita seguir ciertas reglas para que el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pague sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar a lo largo del año. Le enviaremos un aviso antes de que realicemos un cambio que le afecte.

Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Los copagos de los medicamentos de venta con receta médica pueden variar según el nivel de Ayuda extra que usted obtenga. Comuníquese con el plan para solicitar más detalles.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

---

### Índice

A. Bienvenidos al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.....	5
B. ¿Qué son Medicare y Medi-Cal?.....	5
Medicare .....	5
Medi-Cal.....	5
C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?.....	6
D. ¿Cuál es el área de servicio del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect?.....	6
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	7
F. Lo que puede esperar cuando recién ingrese a un plan de salud .....	7
G. ¿Qué es un Equipo de atención y un Plan de atención? .....	8
Equipo de atención .....	8
Plan de atención .....	9
H. ¿El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect tiene una prima mensual? .....	9
I. Acerca del Manual para Miembros.....	9
J. ¿Qué otra información recibirá de nosotros? .....	10
Su tarjeta de identificación de miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect .....	10
Directorio de proveedores y farmacias.....	11
Lista de medicamentos cubiertos.....	12
La Explicación de beneficios.....	12
K. ¿Cómo puede mantener al día su registro de afiliación?.....	14
¿Mantenemos privada su información médica personal?.....	14

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## A. Bienvenidos al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect es un plan de Cal MediConnect. Un plan de Cal MediConnect es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, profesionales de salud conductual y otros profesionales de la salud. También cuenta con coordinadores de atención personal y equipos de atención para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios de salud. Todos ellos trabajan en conjunto para prestarle la atención que usted necesita.

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect fue aprobado por el estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para proporcionarle los servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración supervisado en conjunto por California y el gobierno federal para brindarles mejor atención a las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. En virtud de esta demostración, el gobierno estatal y el federal desean probar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios de Medicare y Medi-Cal.

---

## B. ¿Qué son Medicare y Medi-Cal?

### Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

### Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo pagan los gobiernos estatal y federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no son cubiertos por Medicare.

Medicare y el estado de California aprobaron el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Puede recibir servicios de Medicare y de Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- nosotros escojamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan suspende operaciones en un futuro, no se verá afectada su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y de Medi-Cal.

---

## C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

Usted ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de parte del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, incluso los medicamentos recetados. No tendrá que pagar nada adicional para unirse a este plan de salud.

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect ayudará a que sus beneficios de Medicare y de Medi-Cal funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas son:

- Contará con un equipo de atención que usted mismo ayudará a conformar. Su equipo de atención puede incluir a usted mismo, su cuidador, sus médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Usted tendrá acceso a un coordinador de atención personal. Se trata de una persona que colabora con usted, con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect y con su equipo de atención para ayudar a crear un plan de atención.
- Usted podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención personal.
- El coordinador de atención personal y el equipo de atención trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención ayudará a coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo, que:
  - » Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos sepan de todos los medicamentos que usted toma, para que ellos estén seguros de que usted esté tomando los medicamentos correctos, y así sus médicos puedan reducir cualquier efecto secundario que usted tenga debido a los medicamentos.
  - » Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros profesionales de la salud, según corresponda.

---

## D. ¿Cuál es el área de servicio del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect?

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Nuestra área de servicio abarca el condado de San Diego, California.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Deberá ponerse en contacto con el empleado local de elegibilidad de su condado:

**Agencia de Salud y Servicios Humanos – Condado de San Diego**  
1600 Pacific Highway, Room 206  
San Diego, CA 92101  
1-866-262-9881

---

## 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;
- tenga más de 21 años de edad en el momento de la inscripción;
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare;
- actualmente sea elegible para Medi-Cal; y
- sea un ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Pueden existir reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información.

---

## F. Lo que puede esperar cuando recién ingrese a un plan de salud

Cuando recién ingrese al plan, se le hará una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los primeros 90 días.

Tenemos la obligación de completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su Plan de atención individualizada (ICP, por sus siglas en inglés). La HRA consistirá en preguntas para determinar necesidades médicas, funcionales, de LTSS y de salud conductual.

Nos pondremos en contacto con usted para llevar a cabo la HRA. La HRA se puede hacer mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo postal.

Le enviaremos más información concerniente a esta HRA.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



**Si el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect es nuevo para usted,** puede seguir viendo a los médicos que consulta ahora durante un tiempo determinado. Puede mantener sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicios al momento en que se inscribe hasta por 12 meses, si se cumple con todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos hace una petición directamente a nosotros para continuar acudiendo a su proveedor actual.
- Podemos determinar que usted tenía una relación existente con un médico de atención primaria o con un especialista, con algunas excepciones. Cuando decimos *relación existente*, hacemos referencia a que usted acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez por una consulta que no haya sido de urgencia, durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.
  - Determinaremos una relación existente mediante la revisión de su información de salud que tengamos disponible o de la información que usted nos brinde.
  - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y nosotros deberemos responder en 15 días.
  - Cuando haga la solicitud, usted o su proveedor deberán presentar documentación de una relación existente y estar de acuerdo con determinadas condiciones.

➔ **Tenga presente:** Esta solicitud **no puede** realizarse para proveedores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), transporte, otros servicios auxiliares o servicios no incluidos en virtud de Cal MediConnect.

Después de que concluya el periodo de continuidad de la atención, usted tendrá que ver a los médicos y otros proveedores en la red del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, a menos que hagamos un acuerdo con su médico que está fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, en la página 34, para conseguir más información sobre cómo obtener atención médica.

---

## G. ¿Qué es un Equipo de atención y un Plan de atención?

### Equipo de atención

¿Necesita ayuda para obtener la atención que requiere? Un equipo de atención puede ayudarle. Un equipo de atención puede estar compuesto por su médico, un coordinador de

---

**Si tiene preguntas,** llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





atención personal u otro personal de salud que usted escoja. Un coordinador de atención personal es aquella persona que está capacitada para ayudarle a gestionar la atención que usted necesita. Se le asignará un coordinador de atención personal cuando se inscriba en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Esta persona también lo remitirá a recursos comunitarios, si el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect no le presta los servicios que usted necesita. Puede llamarnos al 1-888-244-4430, los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584, para solicitar un equipo de atención.

## Plan de atención

Su equipo de atención trabajará con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los obtendrá. Este incluye sus necesidades médicas, de LTSS y de salud conductual. Su plan de atención se elaborará solo para usted y sus necesidades.

Su plan de atención incluirá:

- Sus objetivos de atención médica.
- Un programa para cuando usted deba recibir los servicios que necesita.

Después de su evaluación de riesgos de salud, su equipo de atención se reunirá con usted. Le informará sobre los servicios que necesita. También puede indicarle los servicios que usted querría considerar obtener. Su plan de atención se basará en sus necesidades. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención por lo menos una vez al año.

---

## H. ¿El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect tiene una prima mensual?

No.

---

## I. Acerca del Manual para Miembros

Este *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas contenidas en este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, usted podría apelar nuestro accionar u oponerse a este. Para solicitar información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



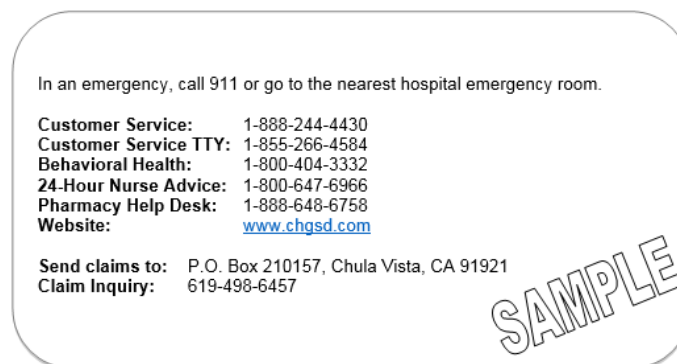
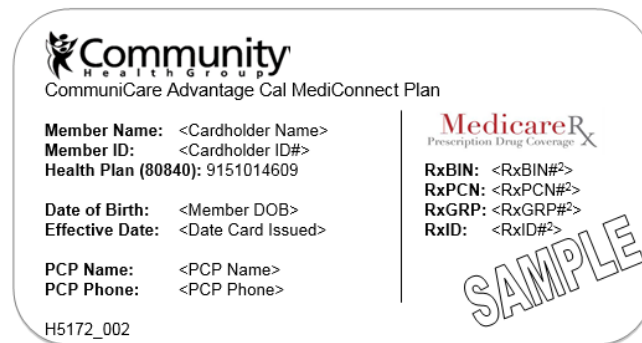
El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

## J. ¿Qué otra información recibirá de nosotros?

Usted ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect e información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* y a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

### Su tarjeta de identificación de miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

En virtud de nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual, y medicamentos de venta con receta médica. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba algún servicio o le surtan sus recetas. Esta es una tarjeta de muestra para que sepa cómo será la suya:



**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Si su tarjeta de Cal MediConnect se le daña, se extravía o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tiene que usar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener los servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante.

- ➔ No olvide que para acceder a los servicios especializados de salud mental que usted puede recibir del plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) del condado necesitará su tarjeta de Medi-Cal.

## Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de los proveedores y las farmacias de la red del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando usted recién ingresa a nuestro plan; consulte la Sección F, en la página 6, de este Capítulo.

- ➔ Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* anual llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com), o bien puede descargarlo de este sitio web.

### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

- Entre los proveedores de la red del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect se encuentran los siguientes:
    - médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud a quienes usted puede acudir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan;
    - servicios y apoyos a largo plazo, servicios de salud conductual, agencias de salud a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos, y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o de Medi-Cal.
  - Los proveedores de la red han acordado aceptar pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.
- ➔ **Tenga presente:** Los proveedores de Servicios de apoyo en casa (IHSS) no son parte de una red. Puede escoger a cualquier proveedor IHSS que califique de su preferencia.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

- Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, *debe* surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 para obtener más información; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Tanto el Servicio al Cliente como el sitio web del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

### Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos simplemente “Lista de medicamentos”. La lista indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

La Lista de medicamentos también le indica si hay reglas o restricciones con respecto a algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que se puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, en la página 101, para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com) o llame al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

### La Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina la *Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)*.

La *Explicación de beneficios* le indica la cantidad total que usted u otros en su nombre han gastado en sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D durante el mes. El capítulo 6 proporciona más información sobre la *Explicación de beneficios* y sobre cómo le puede ayudar a mantener un registro de su cobertura de medicamentos.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



También tendrá disponible una *Explicación de beneficios* cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## K. ¿Cómo puede mantener al día su registro de afiliación?

Puede mantener actualizado su registro de afiliación haciéndonos saber cuando cambie su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener los datos correctos sobre usted. **Ellos usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos usted obtiene y cuánto le costarán.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- Si ha habido algún cambio en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Si ha habido algún cambio en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como de su empleador, del empleador de su cónyuge o de indemnización por accidente de trabajo.
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente de automóvil.
- Si usted ingresa a una residencia para ancianos o a un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias.
- Si cambia su cuidador o cualquier persona que esté a cargo de usted.
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica.

Si se produce algún cambio en la información, háganoslo saber llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

### ¿Mantenemos privada su información médica personal?

Sí. Las leyes estatales y federales exigen que mantengamos la privacidad de sus historias clínicas e información médica personal. Protegemos su información médica. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección D, en la página 133.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Índice

<b>A. Cómo comunicarse con Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.....</b>	<b>18</b>
Póngase en contacto con Servicio a Miembros con respecto a lo siguiente: .....	18
▪ Preguntas sobre el plan .....	18
▪ Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro .....	18
▪ Decisiones de cobertura sobre su atención médica .....	18
▪ Apelaciones sobre su atención médica .....	20
▪ Quejas sobre su atención médica.....	20
▪ Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos .....	20
▪ Apelaciones sobre sus medicamentos .....	21
▪ Quejas sobre sus medicamentos.....	21
▪ Pago por atención médica o medicamentos que usted ya haya pagado .....	21
<b>B. Cómo comunicarse con su coordinador de atención personal .....</b>	<b>23</b>
Comuníquese con su coordinador de atención personal con respecto a lo siguiente: .....	23
▪ Preguntas sobre su atención médica.....	23
▪ Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de drogas).....	24
▪ Preguntas sobre el transporte.....	24
▪ Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés):.....	24
<b>C. Cómo comunicarse a la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería .....</b>	<b>24</b>
Comuníquese a la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería con respecto a lo siguiente:.....	25

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-226-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Preguntas sobre su atención médica..... 25
- D. Cómo comunicarse a la Línea de crisis de salud conductual ..... 26**
  - Comuníquese a la Línea de crisis de salud conductual con respecto a lo siguiente: ..... 26
  - Preguntas sobre servicios de salud conductual y para tratamiento de la drogadicción..... 26
  - Preguntas sobre servicios de salud conductual y para tratamiento de la drogadicción..... 26
  - Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales [como capacitación o terapia para los miembros de la familia o parejas] y desarrollo de planes) ..... 26
  - Servicios de apoyo con medicamentos ..... 26
  - Tratamiento diurno intensivo..... 26
  - Rehabilitación diurna ..... 26
  - Intervención en caso de crisis..... 26
  - Servicios de tratamiento residencial para adultos ..... 26
  - Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis ..... 26
  - Servicios en centros de salud psiquiátricos ..... 26
  - Servicios de hospitalización psiquiátrica..... 27
  - Gestión dirigida a casos específicos..... 27
- E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) ..... 28**
  - Comuníquese con HICAP con respecto a lo siguiente: ..... 28
  - Preguntas sobre su plan Cal MediConnect ..... 28
- F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) ..... 29**
  - Comuníquese con Livanta con respecto a lo siguiente:..... 29
  - Preguntas sobre su atención médica..... 29
- G. Cómo comunicarse con Medicare ..... 30**
- H. Cómo comunicarse con Medi-Cal Health Care Options..... 32**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





I. Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect.....	33
J. Cómo comunicarse con Servicios Sociales del condado.....	34
K. Cómo comunicarse con su Plan Especializado de Salud Mental del condado.....	35
Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado con respecto a lo siguiente:.....	35
▪ Preguntas sobre los servicios de salud conductual que proporciona el condado.....	35
L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	36
M. Otros recursos.....	37

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## A. Cómo comunicarse con Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-244-4430. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-266-4584. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>FAX</b>	619-426-9437
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect</p> <p>Customer Service Department</p> <p>2420 Fenton Street, Suite 100</p> <p>Chula Vista, CA 91914</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.chgsd.com">www.chgsd.com</a> .

### Póngase en contacto con Servicio a Miembros con respecto a lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión que tiene que ver con lo siguiente:

- » sus beneficios y servicios cubiertos, o
- » la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios de salud.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Llámenos si tiene preguntas con respecto a una decisión de cobertura sobre su atención médica.

- ➔ Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### ■ **Apelaciones sobre su atención médica**

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que hayamos tomado con respecto a su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si usted considera que cometimos un error.

- ➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.

### ■ **Quejas sobre su atención médica**

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió, ya sea ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F, en la página 22, más adelante).

- ➔ Puede llamarnos y explicarnos su queja. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- ➔ Si su queja es con respecto a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior, Sección A, en la página 14 de este capítulo).
- ➔ Puede enviar una queja a Medicare sobre el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Puede usar un formulario en línea de <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- ➔ Puede presentar una queja al Programa Ombuds de Cal MediConnect sobre el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect llamando al 1-855-501-3077.
- ➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una queja concerniente a su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección 3, en la página 147.

### ■ **Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos**

Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión que tiene que ver con lo siguiente:

- » sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
- » la cantidad que nosotros pagaremos por sus medicamentos.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Esto aplica para sus medicamentos de la Parte D, los medicamentos de venta con receta médica de Medi-Cal y los medicamentos de venta libre de Medi-Cal.

- ➔ Para obtener más información con respecto a las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 6, en la página 166.

#### ■ **Apelaciones sobre sus medicamentos**

Una *apelación* es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Si está apelando una decisión sobre sus medicamentos de la Parte D o medicamentos de Medi-Cal, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-244-4430.

- ➔ Para obtener más información con respecto a cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 6, en la página 166.

#### ■ **Quejas sobre sus medicamentos**

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos de venta con receta médica.

Si su queja es con respecto a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta médica, usted puede hacer una apelación. (*Consulte la sección anterior, en la página 15 de este capítulo*).

Puede enviar una queja a Medicare sobre el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Puede usar un formulario en línea de <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

- ➔ Para obtener más información con respecto a la presentación de quejas sobre sus medicamentos de venta con receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 6, en la página 166.

#### ■ **Pago por atención médica o medicamentos que usted ya haya pagado**

- ➔ Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- ➔ Si usted solicita que paguemos una factura y nosotros denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 para obtener más información sobre las apelaciones.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## B. Cómo comunicarse con su coordinador de atención personal

Un coordinador de atención personal es una de las principales personas en su equipo de atención, quien trabaja con usted, con el plan de salud y con nuestros proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Se le asignará un coordinador de atención personal cuando se inscriba en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

- ¿Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención personal?
  - Para comunicarse con su coordinador de atención personal, puede llamar al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- ¿Cómo puede cambiar de coordinador de atención personal?
  - Para cambiar de coordinador de atención personal, puede llamar al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

<b>LLAME AL</b>	1-888-244-4430. Esta llamada es gratuita. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-855-866-4584. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	619-426-9437
<b>ESCRIBA A</b>	Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect Customer Service Department 2420 Fenton Street, Suite 100 Chula Vista, CA 91914

**Comuníquese con su coordinador de atención personal con respecto a lo siguiente:**

- Preguntas sobre su atención médica

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- **Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de drogas)**
- **Preguntas sobre el transporte**
- **Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés):**

Los LTSS consisten en Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés), Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés), Programas de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés) y Centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

Para obtener más información sobre los LTSS y los requisitos de elegibilidad, consulte el Capítulo 3, Sección E, en la página 38.

A veces puede obtener ayuda para sus necesidades de la vida cotidiana y necesidades diarias de atención de la salud. Usted podría obtener estos servicios:

- » Servicios de apoyo en casa (IHSS)
- » Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS)
- » Programas de servicios multiusos para ancianos (MSSP)
- » Atención de enfermería especializada
- » Fisioterapia
- » Terapia ocupacional
- » Terapia del habla
- » Servicios sociales médicos
- » Asistencia médica a domicilio

---

## **C. Cómo comunicarse a la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería**

Como miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, usted puede obtener consejos sobre la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin ningún costo. Si no puede comunicarse con su médico de atención primaria, llame a nuestra Línea telefónica de asesoramiento de enfermería. Allí podrán responder a preguntas médicas y ayudarle a decidir qué hacer.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-647-6966. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-266-4584. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

**Comuníquese a la Línea de Llamadas de asesoramiento de enfermería con respecto a lo siguiente:**

▪ **Preguntas sobre su atención médica**

Puede llamar a la Línea telefónica de asesoramiento de enfermería del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Allí podrá hablar con personal de enfermería calificado que puede brindarle consejos sobre atención médica en su idioma e indicarle dónde podrá recibir la atención necesaria.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## D. Cómo comunicarse a la Línea de crisis de salud conductual

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-619-641-6992. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

### Comuníquese a la Línea de crisis de salud conductual con respecto a lo siguiente:

- Preguntas sobre servicios de salud conductual y para tratamiento de la drogadicción
- Preguntas sobre servicios de salud conductual y para tratamiento de la drogadicción
- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales [como capacitación o terapia para los miembros de la familia o parejas] y desarrollo de planes)
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención en caso de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios en centros de salud psiquiátricos

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Servicios de hospitalización psiquiátrica
- Gestión dirigida a casos específicos

Si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental en su condado, consulte la página 27 de este capítulo.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## E. Cómo ponerse en contacto con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés)

El Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre el seguro médico a personas con Medicare. Los consejeros del HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender lo que debe hacer para tratar su problema. HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos.

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

<b>LLAME AL</b>	1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	HICAP San Diego 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/hicap">www.aging.ca.gov/hicap</a>

### Comuníquese con HICAP con respecto a lo siguiente:

- **Preguntas sobre su plan Cal MediConnect**

Los consejeros de HICAP pueden hacer lo siguiente:

- » ayudarle a entender sus derechos,
- » ayudarle a entender las opciones de su plan,
- » responder a sus preguntas con respecto a cambiarse a un nuevo plan,
- » ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
- » ayudarle a resolver problemas con sus facturas.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-877-588-1123
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta Programa BFCC-QIO 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.bfccqioarea5.com">www.bfccqioarea5.com</a>

### Comuníquese con Livanta con respecto a lo siguiente:

- **Preguntas sobre su atención médica**

Usted puede presentar una queja sobre la atención que recibió si se dan una de las siguientes condiciones:

- » tiene un problema con la calidad de la atención,
- » considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
- » considera que sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) van a terminar demasiado pronto.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## G. Cómo comunicarse con Medicare

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

El organismo federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS.

<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



**SITIO  
WEB**

<http://www.medicare.gov>

Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de salud a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado al seleccionar “Forms, Help & Resources” (Formularios, Ayuda y Recursos) y luego hacer clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web).

El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:

**Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con recetas de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).

Si no cuenta con una computadora, la biblioteca o el centro para adultos mayores de su localidad tal vez puedan ayudarlo a visitar este sitio web usando las computadoras de ellos. O bien, puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles qué información está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## H. Cómo comunicarse con Medi-Cal Health Care Options

Medi-Cal Health Care Options (Opciones de atención médica de Medi-Cal) puede ayudarle si usted tiene preguntas sobre cómo seleccionar un plan de Cal MediConnect u otros asuntos de inscripción.

<b>LLAME AL</b>	1-844-580-7272  Los representantes de Health Care Options están disponibles en el horario de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077  Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/hcocsp/HCO_Program/Contact_us.aspx">http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/hcocsp/HCO_Program/Contact_us.aspx</a>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## I. Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect

El Programa Ombuds de Cal MediConnect le puede ayudar con problemas de servicios o facturación. Puede responder a sus preguntas y ayudarlo a entender lo que debe hacer para tratar su problema. Los servicios son gratuitos.

El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

<b>LLAME AL</b>	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita.  Los representantes se encuentran disponibles de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	1-855-847-7914  Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>ESCRIBA A</b>	Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego, Ave, Suite 200 San Diego, CA 92110
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/">http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/</a>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## J. Cómo comunicarse con Servicios Sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de apoyo en casa (IHSS), comuníquese con el departamento de servicios sociales del condado de su localidad.

<b>LLAME AL</b>	1-866-351-7722. Esta llamada es gratuita.  Los representantes se encuentran disponibles de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>ESCRIBA A</b>	County of San Diego IHSS Public Authority  401 Mile of Cars Way STE 200  National City, CA 91950
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sdihsspa.com">http://www.sdihsspa.com</a>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## K. Cómo comunicarse con su Plan Especializado de Salud Mental del condado

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-619-641-6992. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

### Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado con respecto a lo siguiente:

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual que proporciona el condado
- Intervención en caso de crisis
- Estabilización en situaciones de crisis
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Institutos de Enfermedades Mentales (hospitales, centros de enfermería u otras instituciones encargadas de proporcionar diagnóstico, tratamiento o atención a las personas que padecen enfermedades mentales, incluidos servicios de atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados)
- Casa club (estos son centros organizados para ayudarles a los miembros a recuperarse de una enfermedad mental)

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California es responsable de reglamentar los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC le puede ayudar con apelaciones y quejas en contra de su plan de salud que tienen que ver con los servicios de Medi-Cal.

<b>LLAME AL</b>	1-888-466-2219  Los representantes del DMHC están disponibles en el horario de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	1-877-688-9891  Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Es necesario contar con un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>ESCRIBA A</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>FAX</b>	1-916-255-5241
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hmohelp.ca.gov">http://www.hmohelp.ca.gov</a>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## M. Otros recursos

Para denunciar el maltrato de ancianos, comuníquese con los Servicios de Protección para Adultos del Departamento de Servicios Sociales de California.

<b>LLAME AL</b>	1-800-510-2020 Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711 Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	Aging & Independence Services P.O. Box 23217 San Diego, CA92193
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ais/adult_protective_services/index.html">http://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ais/adult_protective_services/index.html</a>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

---

### Índice

A. Acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red” .....	40
B. Reglas para obtener los servicios de atención médica, de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan .....	40
C. Su coordinador de atención personal.....	42
D. Cómo obtener atención de proveedores de atención primaria, de especialistas, de otros proveedores médicos de la red y de proveedores médicos fuera de la red.....	42
Cómo obtener atención de un proveedor de atención primaria .....	42
Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de la red.....	45
¿Qué pasa si un proveedor de la red se retira de nuestro plan? .....	46
Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	46
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) .....	47
F. Cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de drogas) .....	48
¿Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se proporcionan fuera del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect a través del condado de San Diego? .....	48
G. Cómo obtener servicios de transporte .....	50
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesidad urgente de atención médica, o durante una catástrofe .....	50
Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica .....	50
Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia .....	51
Cómo obtener atención durante una catástrofe .....	52

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>I.</b>	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan? .....	53
	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? .....	53
<b>J.</b>	¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? .....	54
	¿Qué es un estudio de investigación clínica? .....	54
	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? .....	54
	Cómo obtener más información .....	55
<b>K.</b>	¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención no médica de la salud? .....	55
	¿Qué es una institución religiosa de atención no médica de la salud? .....	55
	¿Qué atención de una institución religiosa de atención no médica de la salud cubre nuestro plan? .....	56
<b>L.</b>	Reglas para poseer equipo médico duradero .....	56
	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero? .....	56
	¿Qué pasa si usted se cambia a Medicare? .....	57

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## A. Acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”

Los **servicios** son la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros y materiales, los servicios de salud conductual, los medicamentos de venta con receta médica y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. Los servicios de atención médica, de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, en la página 50.

Los **proveedores** son los médicos, el personal de enfermería y otras personas que le prestan a usted los servicios y la atención. El término *proveedores* también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de salud, servicios de salud conductual, equipos médicos y determinados servicios y apoyos a largo plazo.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando usted acude a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

➔ **Tenga presente:** Los proveedores de Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés) no son parte de una red. Puede escoger a cualquier proveedor IHSS que califique de su preferencia.

---

## B. Reglas para obtener los servicios de atención médica, de salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye la salud conductual, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los medicamentos de venta con receta médica.

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect generalmente paga los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que usted obtiene si sigue las normas del plan. Para contar con cobertura:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4, Sección D, en la página 50 de este manual).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- La atención debe ser **determinada como necesaria**. Por necesaria nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que evite que usted deba ingresar al hospital o residencia para ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplan con los estándares aceptados de la práctica médica profesional.
- Para recibir servicios médicos, usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red quien le haya recetado la atención o le haya remitido a otro médico. Como miembro del plan, usted debe escoger a un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - » En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama **remisión**. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 36 de este capítulo.
  - » Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia, ni para recibir atención de un proveedor para la salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 35 de este capítulo.
- ➔ Para obtener más información sobre cómo escoger a un PCP, consulte la página 34 de este capítulo.
- **Usted debe recibir su atención de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubre la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - » El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y conocer el significado de *atención de emergencia* o *atención médica necesaria de urgencia*, consulte la página 40 de este capítulo.
  - » Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no se la pueden dar, usted puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Antes de solicitar atención debe obtener una autorización del plan. En esta situación, cubriremos la atención sin costo para usted. Para saber cómo obtener aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la página 37 de este capítulo.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » El plan cubre servicios de diálisis renal por un breve período cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- » Cuando recién ingrese al plan, usted puede solicitar seguir viendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, tenemos la obligación de aprobar esta petición si podemos determinar que usted tiene una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1, Sección F, en la página 6). Si aprobamos su petición, puede seguir viendo a los proveedores que ve ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención personal se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, dejaremos de cubrir su atención médica si usted sigue viendo a proveedores que no se encuentren en nuestra red.

---

## C. Su coordinador de atención personal

- ¿Qué es un coordinador de atención personal?
  - Un coordinador de atención personal es una de las principales personas en su equipo de atención, quien trabaja con usted, con el plan de salud y con nuestros proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- ¿Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención personal?
  - Para comunicarse con su coordinador de atención personal, puede llamar al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- ¿Cómo puede cambiar de coordinador de atención personal?
  - Para cambiar de coordinador de atención personal, puede llamar al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

---

## D. Cómo obtener atención de proveedores de atención primaria, de especialistas, de otros proveedores médicos de la red y de proveedores médicos fuera de la red

### Cómo obtener atención de un proveedor de atención primaria

Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y gestione su atención.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### **¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?**

- ¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria es el médico u otro profesional de la salud a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y profesionales de atención médica acerca de su atención antes de que usted vea a algún otro profesional de atención médica.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect le permite a una persona inscrita elegir usar los servicios de un PCP directamente de un obstetra/ginecólogo (ginecoobstetra) contratado, siempre y cuando dicho ginecoobstetra cumpla con la definición de estatus de PCP según lo define la ley de California. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect y la ley de California definen a un PCP como un médico internista, un pediatra, un ginecoobstetra o un médico familiar. También, un PCP es aquel que tiene la responsabilidad de proveer atención inicial y primaria a los pacientes, de mantener la continuidad en la atención de los pacientes y de iniciar la remisión para atención especializada. Esto significa brindar atención a la mayoría de los problemas de salud.

- ¿Cuál es la función del PCP?

El proveedor de atención primaria supervisa toda su atención médica. Este médico es el más indicado para ocuparse de nuestra atención médica habitual, como revisiones, vacunas, análisis de laboratorio, atención de dolores de oído, resfriados, gripe, dolores de estómago, fiebre, esguinces y caídas, así como planificación familiar y otros servicios habituales de atención médica.

- ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

El proveedor de atención primaria es la vía por la que el miembro participante llega a médicos especialistas y hospitales.

- ¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de la autorización previa, en caso de que corresponda?

El proveedor de atención primaria es el médico que va a conseguir la aprobación por adelantado para que usted pueda obtener ciertos servicios especializados.

- ¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria?

Sí, su proveedor de atención primaria puede trabajar en una clínica que tenga contrato con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### ***¿Cómo elige usted a su PCP?***

Una vez que se inscriba en nuestro Plan, se le dará la opción de elegir a su PCP o podrá llamar al Departamento de Servicio al Cliente y le ayudarán a elegir uno. Si hay un especialista o un hospital del plan en particular que desee usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP haga remisiones a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP se encuentran en su tarjeta de afiliación.

### ***Cambio de su PCP***

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

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Cuando solicita cambiar de PCP, por lo general, el cambio tiene lugar de inmediato, a menos que haya visto a otro PCP dentro del mismo mes.

### ***Servicios que puede recibir sin obtener primero la aprobación de su PCP***

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de ver a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Usted puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención médica necesaria de urgencia de proveedores de la red.
- Atención médica necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando usted no pueda acudir adonde estén los proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted esté fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras esté fuera).
- Las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Atención habitual de salud de la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Además, si usted reúne las condiciones para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede ver a estos proveedores sin una remisión.

### **Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de la red**

Un *especialista* es un médico que presta atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- *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.
- ¿Cuál es la función (si la hubiera) del PCP al remitir a los miembros a especialistas y a otros proveedores?

Si su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, le dará una remisión (aprobación por anticipado) para que consulte a un especialista del plan o a otro proveedor determinado. Para algunos tipos de remisiones, su PCP puede necesitar obtener una aprobación por anticipado de nuestro Plan (a esto se le llama obtener “autorización previa”).

- ¿Cuál es el proceso para obtener autorización previa?

Es muy importante recibir una remisión (aprobación por anticipado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (existen algunas excepciones, incluida la atención habitual de salud de la mujer, que explicaremos más adelante en esta sección). Si no tiene una remisión (aprobación por anticipado) antes de obtener servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios por su cuenta. Si desea saber qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección D, en la página 50 para obtener más información.

Si el especialista desea que usted vuelva para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la remisión (aprobación por anticipado) que recibió de su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista.

- ¿Seleccionar a un PCP da lugar a que se limite la cantidad de hospitales o de especialistas específicos a los cuales ese PCP realiza la remisión?

Si hay un especialista específico que usted desea usar, averigüe si su PCP remite pacientes a dicho especialista. Cada PCP del plan cuenta con ciertos especialistas del plan a quienes suele hacer las remisiones de pacientes. Esto significa que el PCP que

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



usted elija puede determinar los especialistas que pueda consultar. Por lo general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su actual PCP no puede remitirlo. Más adelante en esta sección, bajo el encabezado “Cómo cambiarse a otro PCP”, le indicaremos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales específicos que desee usar, primero debe averiguar si los médicos que consultará usan estos hospitales.

### ¿Qué pasa si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Un proveedor de la red que usted esté usando podría retirarse de nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando resulte posible, le informaremos con al menos 30 días de anticipación de forma que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si se somete a un tratamiento médico, usted tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo, y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que así sea.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se está manejando adecuadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación contra nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores se va a retirar de nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención. Puede llamar a nuestro número de Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

### Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En algunas circunstancias, un miembro puede tener derecho a completar los servicios cubiertos con un proveedor u hospital cuyo contrato haya concluido. Un miembro que recién haya obtenido la cobertura también puede tener derecho a terminar los servicios cubiertos con un médico no contratado, si el miembro estaba recibiendo los servicios de ese médico al momento en que la cobertura con CHG (Community Health Group) entró en vigencia.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Consulte el Capítulo 3, Sección D, en la página 36: “Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de la red”.

➔ **Tenga presente:** Si usted va con un proveedor fuera de la red, el proveedor debe reunir las condiciones para participar en Medicare o en Medicaid. No podemos pagarle a un proveedor que no reúna las condiciones para participar en Medicare o en Medicaid. Si va con un proveedor que no reúne las condiciones para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deben decirle si ellos no reúnen las condiciones para participar en Medicare.

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés), Servicios de apoyo en casa (IHSS), Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés) y Centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés). Los servicios pueden tener lugar en su hogar, en la comunidad o en una clínica o centro. A continuación se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS):** Programa de servicios para pacientes ambulatorios con base en centros o establecimientos que proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y terapia del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para los familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad correspondientes.
- **Servicios de apoyo en casa (IHSS):** Un programa que le permite seleccionar a su proveedor de cuidados en el hogar si usted no puede permanecer en su casa de forma segura sin ayuda. Los servicios IHSS pueden incluir, entre otras cosas: limpieza del hogar, preparación de comidas, servicio de lavandería, compras de comestibles, atención personal, acompañamiento a las consultas médicas y otros servicios. Para reunir los requisitos a fin de recibir los IHSS, debe tener más de 65 años de edad, padecer ceguera o una discapacidad. En la mayoría de los casos, también debe tener ingresos por debajo del nivel establecido para calificar para la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income) y el Programa Suplementario del Estado (State Supplementary Program) o cumplir con todos los requisitos de elegibilidad en cuanto a los ingresos de Medi-Cal.
- **Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP):** Un programa específico de California que presta Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS, por

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



sus siglas en inglés) a clientes ancianos frágiles que pueden recibir certificación para colocación en un centro de enfermería pero que desean permanecer en la comunidad. Las personas que reúnen los requisitos para Medi-Cal que tienen 65 años de edad o más y tienen discapacidades pueden calificar para este programa. Este programa es una alternativa a la colocación en un centro de enfermería. Entre los servicios de MSSP pueden estar incluidos: Centro de día para ancianos o centro de apoyo; asistencia de vivienda, como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia; asistencia con el cuidado personal y los quehaceres; supervisión de protección; gestión de la atención; y otro tipo de servicios.

- **Centro de enfermería (NF):** Un centro que brinda atención para las personas que no pueden vivir de manera segura en su casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Su coordinador de atención personal le ayudará a entender cada programa. Para obtener más información sobre cualquiera de estos programas, llame al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

---

## F. Cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de drogas)

Usted tendrá acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect proporciona acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Los servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal no son proporcionados por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, pero estarán disponibles a través del condado de San Diego para los miembros del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect que reúnan los requisitos.

### ¿Qué servicios de salud conductual de Medi-Cal se proporcionan fuera del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect a través del condado de San Diego?

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica de los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal. Entre los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que proporciona el condado de San Diego se incluyen los siguientes:

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios colaterales [como capacitación o terapia para los miembros de la familia o parejas] y desarrollo de planes)
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención en caso de crisis
- Estabilización en situaciones de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios en centros de salud psiquiátricos
- Servicios de hospitalización psiquiátrica
- Gestión dirigida a casos específicos

Los servicios de Drug Medi-Cal están a su disposición a través del condado de San Diego si usted cumple con los criterios de necesidad médica de Drug Medi-Cal. Entre los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el condado de San Diego se incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios a pacientes ambulatorios para dejar las drogas
- Servicios de tratamiento para adicciones a opiáceos y drogas
- Servicios de tratamiento con naltrexona para la dependencia a los opiáceos

Además de los servicios de Drug Medi-Cal mencionados anteriormente, usted puede tener acceso a los servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes internados si cumple con los criterios de necesidad médica.

Si necesita servicios de salud conductual, póngase en contacto con los Servicios de Salud Conductual del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect llamando al 1-800-404-3332. Entre estos servicios se encuentran los siguientes:

- Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios con un psiquiatra, un terapeuta o ambos
- Terapia de grupo
- Hospitalización psiquiátrica
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Servicios médicos de desintoxicación aguda

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita transporte a sus citas médicas, póngase en contacto con Servicio al Cliente llamando al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Allí le ayudarán a hacer los arreglos necesarios para el transporte.

---

## H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesidad urgente de atención médica, o durante una catástrofe

### Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica

#### ¿Qué es una emergencia médica?

Una *emergencia médica* es una afección en la que se presentan síntomas tales como dolor intenso o lesiones graves. La afección es de tal gravedad que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona legamente prudente (es decir, una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina) podrían esperar que la afección provoque:

- un riesgo grave para su salud; ○
- un daño grave a las funciones corporales; ○
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto en un momento en que ocurriera cualquiera de las situaciones siguientes:
  - » no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del alumbramiento;
  - » el traslado podría suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad del bebé por nacer.

#### ¿Qué debe hacer para obtener atención médica en caso de emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informarle a nuestro plan de su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos acerca de su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en informarnos. El número de teléfono figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ***¿Qué es lo que se cubre si usted tiene una emergencia médica?***

Puede recibir atención médica cubierta en caso de emergencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, en la página 50.

Después de que pase la emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento para asegurar que usted se mejore. Su atención de seguimiento será cubierta por nosotros. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención lo antes posible.

### ***¿Qué pasa si no fue una emergencia médica después de todo?***

A veces puede ser difícil saber si uno tiene una emergencia médica. Usted podría acudir a recibir atención de emergencia y que el médico diga que en realidad no es una emergencia médica. Siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico le diga que *no* era una emergencia, cubriremos su atención adicional *únicamente* si:

- usted acude a un proveedor de la red; o
- la atención adicional que recibe se considera “atención médica necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención. (Consulte la sección siguiente).

## **Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia**

### ***¿Qué es la atención médica necesaria de urgencia?***

*Atención médica necesaria de urgencia* es la atención que usted recibe por una enfermedad repentina, una lesión o una afección que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una enfermedad existente y necesita que le den tratamiento.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### *Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia cuando usted se encuentra en el área de servicio del plan*

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención médica necesaria de urgencia *únicamente* si:

- usted recibe esta atención de un proveedor de la red, **y**
- usted sigue las demás reglas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no le es posible acudir a un proveedor de la red, nosotros cubriremos la atención médica necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Tiene acceso a los Centros de atención de urgencia. Para obtener información sobre los Centros de atención de urgencia disponibles, comuníquese con el personal de Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Nuestro personal de Servicio al Cliente está disponible para atenderle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### *Cómo obtener atención médica necesaria de urgencia cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan*

Cuando se encuentre fuera del área de servicio, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica necesaria de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

- ➔ Nuestro plan no cubre la atención médica necesaria de urgencia ni ninguna otra atención que usted obtenga fuera de los Estados Unidos.

### **Cómo obtener atención durante una catástrofe**

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted aún tiene el derecho de recibir atención del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe declarada: [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

Durante una catástrofe declarada, si usted no puede utilizar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos de venta con receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## I. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan?

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted deberá pedirnos que paguemos la factura.

➔ **No deberá pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda darle un reembolso.**

Si usted ha pagado sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por los servicios médicos cubiertos, **consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122 para conocer qué debe hacer.**

### ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cubre todos los servicios:

- que se determinan como necesarios; **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, en la página 50); **y**
- que usted obtiene siguiendo las reglas del plan.

➔ Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total usted mismo.**

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

En el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 se le explica qué debe hacer si quiere que cubramos un artículo o servicio médico. También se le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Nosotros pagaremos algunos servicios hasta un determinado límite. Si usted supera ese límite, deberá pagar el costo total para recibir más de ese tipo de servicio. Comuníquese con Servicio al Cliente para conocer cuáles son los límites y qué tan cerca está usted de alcanzarlos.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## J. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

### ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un *estudio de investigación clínica* (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en la que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Piden voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio les ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona bien y si es seguro.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueben un estudio en el que usted desea estar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará acerca del estudio y verá si usted reúne los requisitos para participar en él. Usted puede estar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que usted debe hacer por el estudio.

Durante su participación en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera sigue recibiendo atención de nuestro plan no relacionada con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su médico de atención primaria. Los profesionales de salud que le brindan atención como parte del estudio *no* necesitan ser proveedores de la red.

### Usted sí debe informarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica.

Esto se debe a lo siguiente:

- Podemos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
- Podemos decirle qué servicios recibirá de los profesionales de salud del estudio de investigación clínica en lugar de recibirlos de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

### Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en virtud del estudio así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare,

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



usted tiene cobertura de la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría aun cuando usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sean parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención.

Nosotros pagaremos cualquier costo si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare no aprueba pero que nuestro plan sí aprueba. Si usted forma parte de un estudio que Medicare o nuestro plan *no hayan* aprobado, **usted tendrá que pagar cualquier costo que se derive de su participación en el estudio.**

### Cómo obtener más información

Usted puede averiguar más sobre cómo ingresar a un estudio de investigación clínica leyendo la sección “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando usted se encuentra en una institución religiosa de atención no médica de la salud?

### ¿Qué es una institución religiosa de atención no médica de la salud?

Una *institución religiosa de atención no médica de la salud* es un lugar que ofrece atención que usted normalmente obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención no médica de la salud. Usted puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es únicamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare pagará solamente los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de atención no médica de la salud.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## ¿Qué atención de una institución religiosa de atención no médica de la salud cubre nuestro plan?

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

- El tratamiento médico “no exceptuado” es toda atención que sea *voluntaria* y *no obligatoria* en virtud de alguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es toda atención que *no* sea voluntaria y que sea *obligatoria* en virtud de alguna ley federal, estatal o local.

Para que la cubra nuestro plan, la atención que usted reciba de una institución religiosa de atención no médica de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinda la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limite a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que le sean proporcionados en un centro, se aplica lo siguiente:
  - » Usted debe tener una enfermedad que le permitiría obtener servicios cubiertos de atención como paciente internado en un hospital o de atención en un centro de enfermería especializada.
  - » Usted debe obtener aprobación de parte nuestra antes de ingresar en la institución, de lo contrario su estadía no será cubierta.

Su plan tiene límites de cobertura de hospitalización. Consulte el Capítulo 4, Sección D, en la página 50: “Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)” para obtener más información.

---

## L. Reglas para poseer equipo médico duradero

### ¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero?

*Equipo médico duradero* hace referencia a ciertos artículos ordenados por un proveedor para que usted los use en su casa. Algunos ejemplos de estos artículos son el equipo y los suministros de oxígeno, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





Usted siempre será dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección nos referiremos al equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos se convierten en propietarios después de 13 meses. No obstante, como miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, normalmente usted no llegará a ser propietario del equipo alquilado, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Incluso si tuvo el equipo médico duradero hasta por 12 meses seguidos en virtud de Medicare antes de ingresar a nuestro plan, usted no será dueño del equipo.

### ¿Qué pasa si usted se cambia a Medicare?

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos en Original Medicare (Plan Original de Medicare) para ser dueño del equipo si:

- no se convirtió en dueño del equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan; **y**
- se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare por fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare.

Si realizó pagos por el equipo médico duradero en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, esos pagos de Medicare no cuentan en concepto de los 13 pagos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos en Original Medicare para ser dueño del equipo.

➔ No hay excepciones a este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Índice

A. Para entender sus servicios cubiertos .....	59
B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por los servicios.....	59
C. Acerca de la Tabla de beneficios .....	60
D. La Tabla de beneficios .....	61
E. Beneficios cubiertos fuera del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.....	92
California Community Transitions (Transiciones de la comunidad de California, CCT).....	92
Programa dental de Medi-Cal .....	93
Cuidados paliativos .....	93
F. Beneficios <i>no</i> cubiertos por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, Medicare o Medi-Cal.....	94



---

## A. Para entender sus servicios cubiertos

En este capítulo se informa qué servicios paga el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Usted también puede conocer cuáles son los servicios que no están cubiertos. La información sobre beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, a partir de la página 96. En este capítulo se explican también los límites en algunos servicios.

Debido a que recibe asistencia de Medi-Cal, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, en la página 32 para obtener detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, comuníquese con su coordinador de atención personal o con Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

---

## B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect le facturen a usted los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de todo cargo. Esto aplica también incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

- ➔ **Usted nunca deberá recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. De ser así, consulte el Capítulo 7, Sección B, en la página 124 o llame a Servicio al Cliente.**



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

## C. Acerca de la Tabla de beneficios

Esta Tabla de beneficios le indica cuáles son los servicios que el plan paga. En ella se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

**Pagaremos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios únicamente cuando se cumpla con las siguientes reglas. Usted no paga nada por los servicios que se especifiquen en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.**


- Los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal deben ser prestados de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios para la salud conductual y el abuso de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad. Por servicios cubiertos por Medi-Cal se entiende que el servicio es razonable y necesario para proteger la vida, para prevenir enfermedades graves o discapacidades significativas o para aliviar dolores severos a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión o dolencia.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, nosotros no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, en la página 34 encontrará más información sobre el uso de proveedores de la red y de fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que le provee y gestiona su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a otros proveedores de la red. A esto se le llama remisión. En el Capítulo 3, Sección D, en la página 34 encontrará más información sobre cómo obtener una remisión y explicaciones sobre cuándo no necesita una.
- Algunos de los servicios que aparecen en la Tabla de beneficios son cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le llama *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan recibir aprobación primero están marcados en la Tabla de beneficios con un asterisco (\*).

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en los beneficios.

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).






## D. La Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal*</b></p> <p>Pagaremos en una sola oportunidad un examen de ultrasonido (ecografía) para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para hacerlo por parte de su médico, asistente médico, enfermera practicante o un especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>Pagaremos hasta dos servicios ambulatorios de acupuntura en un mes natural, o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p>	\$0
<p><b>Detección y terapia sobre abuso del alcohol</b></p> <p>Pagaremos un examen de detección de abuso del alcohol (SBIRT, Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment [Detección, intervención breve y remisión para tratamiento]) para los adultos que abusan del alcohol pero no son adictos al alcohol (dependientes del alcohol). Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si usted da positivo a la prueba de detección de abuso del alcohol, puede obtener un máximo de cuatro sesiones breves de terapia personal, privada cada año (si usted es capaz de razonar y está alerta durante la terapia) con un proveedor o médico de atención primaria calificado, en un entorno de atención primaria.</p>	\$0
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras</p>	\$0





**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>formas de llegar a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para los demás casos deben ser aprobados por nosotros.</p> <p>En los casos que <i>no</i> sean emergencias, nosotros <i>tal vez</i> paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su vida o su salud.</p>	
<p> <b>Consulta de bienestar anual</b></p> <p>Usted puede realizarse un control anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención en función de sus factores de riesgo actuales. Pagaremos esto una vez cada 12 meses.</p>	\$0
<p> <b>Medición de masa ósea*</b></p> <p>Pagaremos determinados procedimientos a los miembros que reúnan los requisitos (generalmente, una persona en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de hueso o determinan la calidad del hueso. Pagaremos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos a un médico para que analice y comente los resultados.</p>	\$0
<p> <b>Pruebas de detección del cáncer de mama (mamografías)*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una mamografía de referencia inicial entre los 35 y los 39 años</li> <li>▪ Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años</li> <li>▪ Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0


**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Servicios de rehabilitación cardíacos (del corazón)*</b></p> <p>Pagaremos los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con determinadas condiciones para la remisión de un médico. También cubrimos programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p> <b>Consulta para reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (terapia para la enfermedad cardíaca)</b></p> <p>Pagamos una consulta al año con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta consulta, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informarle sobre el uso de la aspirina,</li> <li>▪ comprobar su presión arterial, o</li> <li>▪ darle consejos para garantizar que usted se esté alimentando bien.</li> </ul>	\$0
<p> <b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)*</b></p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos (anomalías) debidos a un alto riesgo de enfermedades del corazón.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y cervical</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).




Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>pélvicos una vez cada 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para las mujeres que corran un alto riesgo de desarrollar cáncer cervical: un examen de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>▪ Para las mujeres que han tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	
<p><b>Servicios quiroprácticos*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación</li> </ul> <p>Se pueden aplicar normas de autorización. Deberá hablar con su PCP y obtener una remisión. No se cubre la atención complementaria usual.</p>	\$0
<p> <b>Pruebas de detección de cáncer colorrectal*</b></p> <p>Para las personas mayores de 50 años, pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección con enema de bario) cada 48 meses</li> <li>▪ Examen de sangre oculta en las heces, cada 12 meses</li> <li>▪ Examen de sangre oculta en las heces basado en guayacol o prueba inmunológica fecal, cada 12 meses</li> <li>▪ Examen colorrectal basado en ADN, cada 3 años</li> <li>▪ Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección)</li> <li>▪ Colonoscopia (o prueba de detección con enema de bario) para las personas con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, cada 24 meses</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).








Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS)*</b></p> <p>CBAS es un programa de servicios para pacientes ambulatorios con base en un centro o clínica donde las personas acuden de acuerdo con un horario. Proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas terapia ocupacional y del habla, y fisioterapia), cuidado personal, capacitación y apoyo para los familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si usted cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p><b><i>Nota: Si no se dispone de un centro CBAS, podemos ofrecer estos servicios por separado.</i></b></p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p> <b>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</b></p> <p>Si usted consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pagaremos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro sesiones individuales de asesoramiento.</li> </ul> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pagaremos el asesoramiento en dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada asesoramiento en un intento incluye hasta cuatro sesiones individuales.</li> </ul> <p>Si está embarazada, puede recibir asesoramiento para dejar de consumir tabaco con autorización previa.</p> <p>Hay medicamentos para dejar de fumar disponibles a través de sus beneficios de farmacia. Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Los copagos de los medicamentos de venta con receta médica pueden variar según el nivel de Ayuda extra que</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
usted reciba.	
 <b>Examen de detección de la depresión</b> Pagaremos una evaluación de detección de la depresión cada año. La evaluación de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que permita dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	\$0
 <b>Examen de detección de la diabetes</b> Pagaremos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presión arterial alta (hipertensión)</li> <li>▪ Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)</li> <li>▪ Obesidad</li> <li>▪ Antecedentes de azúcar (glucosa) alta en la sangre</li> </ul> Las pruebas se pueden cubrir en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Dependiendo de los resultados de las pruebas, usted puede calificar para que se le realicen hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses. Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.	\$0
 <b>Capacitación, servicios, equipos y suministros de autogestión para diabéticos*</b> Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suministros para vigilar su nivel de glucosa en la sangre, incluido lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Un monitor de glucosa en la sangre</li> <li>» Tiras reactivas de glucosa en sangre</li> <li>» Dispositivos de lanceta y lancetas</li> </ul> </li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).




Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores</li> <li>▪ Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagaremos lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>» un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), con el ajuste y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o</li> <li>» un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que vienen con los zapatos).</li> </ul> </li> <li>▪ Pagaremos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados*</b></p> <p>(Para ver la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, en la página 209 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sillas de ruedas</li> <li>▪ Muletas (IV)</li> <li>▪ Camas de hospital</li> <li>▪ Nebulizadores</li> <li>▪ Equipos de oxígeno</li> <li>▪ Bombas de infusión intravenosa</li> <li>▪ Andadores</li> <li>▪ Dispositivos generadores del habla</li> </ul> <p><i>Tal vez se cubran otros artículos.</i></p> <p>Pagaremos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y Medi-Cal suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no maneja una marca o fabricante en particular, usted puede preguntarle si se puede hacer un pedido especial para usted.</p>	<p><b>\$0</b></p>




Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p><i>Atención de emergencia</i> hace referencia a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>▪ necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una <i>emergencia médica</i> es un estado médico en el que se presentan dolor intenso o lesiones graves. La afección es de tal gravedad que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que la afección provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un riesgo grave para su salud; ○</li> <li>▪ un daño grave a las funciones corporales; ○</li> <li>▪ una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○</li> <li>▪ en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto en un momento en que ocurriera cualquiera de las situaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>» no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del alumbramiento;</li> <li>» el traslado podría suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad del bebé por nacer.</li> </ul> </li> </ul> <p>Esta cobertura es a nivel mundial.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita ser internado después de que se estabilice su emergencia, usted debe regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Usted puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención hospitalaria solo si el plan aprueba su hospitalización.</p>
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para determinados servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen de planificación familiar y tratamiento médico</li> <li>▪ Pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas de planificación familiar</li> <li>▪ Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones,</li> </ul>	<p>\$0</p>



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>píldoras anticonceptivas, parche o anillo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón)</li> <li>▪ Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados</li> <li>▪ Asesoramiento, pruebas y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS)</li> <li>▪ Asesoramiento y pruebas para la detección de VIH y SIDA, y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>▪ Anticoncepción permanente (debe tener 21 años de edad o más para escoger este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento a la esterilización por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía).</li> <li>▪ Asesoramiento genético</li> </ul> <p>También pagaremos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted debe consultar a un proveedor de nuestra red de proveedores para obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para lograr embarazarse)</li> <li>▪ Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>▪ Pruebas genéticas</li> </ul>	
<p><b>Afiliación para el gimnasio</b></p> <p>Cubrimos una afiliación mensual para el gimnasio con la autorización previa de un administrador de casos o de una enfermera del plan.</p>	\$0
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas afecciones de salud. Estos comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ clases de educación de la salud;</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ clases de educación sobre nutrición;</li> <li>▪ dejar de fumar y consumir tabaco; y</li> <li>▪ línea directa de enfermería.</li> </ul>	
<p><b>Servicios para la audición*</b></p> <p>Nosotros pagamos las pruebas de audición y equilibrio que realiza su proveedor. Estas pruebas indican si usted necesita tratamiento médico. Estas están cubiertas como atención ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Si usted está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos audífonos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Moldes, suministros e insertos</li> <li>▪ Reparaciones con un costo superior a los \$25 por reparación</li> <li>▪ Un juego inicial de baterías</li> <li>▪ Seis consultas para capacitación, ajustes del equipo y ajuste al oído con el mismo proveedor después de recibir el audífono</li> <li>▪ Alquiler por un período de prueba de aparatos auditivos</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p> <b>Examen de detección del VIH</b></p> <p>Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pidan una prueba de detección del VIH, o</li> <li>▪ estén en un mayor riesgo de infección por el VIH.</li> </ul> <p>Para las mujeres que estén embarazadas, pagamos un máximo de tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	\$0
<p><b>Atención de agencias de salud a domicilio*</b></p> <p>Antes de que pueda recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe informarnos que usted los necesita, y estos deben ser provistos por una agencia de salud a domicilio.</p>	\$0


**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios especializados de enfermería y ayudante sanitario a domicilio de tiempo parcial o intermitentes (para ser cubiertos según el beneficio de atención de salud a domicilio, sus servicios especializados de enfermería y ayudante sanitario a domicilio combinado deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas semanales)</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>▪ Servicios sociales y médicos</li> <li>▪ Equipos y suministros médicos</li> </ul>	
<p><b>Cuidados paliativos*</b></p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted tiene el derecho de elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos 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. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor de fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted reciba servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>▪ Cuidados de relevo de corto plazo</li> <li>▪ Atención a domicilio</li> </ul> <p><b>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulte la Sección E en la página 90 de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>En cuanto a los servicios cubiertos por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</p> <p><b>En cuanto a los medicamentos que pueden ser cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los medicamentos nunca son cubiertos por los cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5, Sección F, en la página 107 para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención de cuidados no paliativos, deberá llamar a su coordinador de atención personal para coordinar los servicios. La atención de cuidados no paliativos es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	
<p><b>Cuidados paliativos* (continuación)</b></p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacuna contra la neumonía</li> <li>▪ Vacunas contra la gripe, una vez al año, en otoño o en invierno</li> <li>▪ Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>▪ Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>Pagaremos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección H, en la página 120 para obtener más información.</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés)*</b></p> <p>Pagaremos los servicios que se le proporcionen con el fin de que pueda permanecer en su propia casa de manera segura.</p> <p>Los tipos de IHSS que pueden autorizarse a través del Departamento de Servicios Sociales del condado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limpieza de la casa</li> <li>▪ Preparación de comidas</li> <li>▪ Servicio de lavandería</li> <li>▪ Compras de comestibles</li> <li>▪ Servicios de cuidado personal (como cuidado de las funciones del intestino y la vejiga, bañarse, asearse y servicios paramédicos)</li> <li>▪ Acompañamiento a las consultas médicas</li> <li>▪ Supervisión de protección para los discapacitados mentales</li> </ul> <p>Para reunir los requisitos para los servicios IHSS, usted debe ser una persona de la tercera edad, estar ciego o discapacitado y, en la mayoría de los casos, tener ingresos por debajo del nivel establecido para calificar para la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income) y el Programa Suplementario del Estado (State Supplementary Program).</p> <p>Si cumple con los requisitos, usted puede obtener hasta 283 horas de IHSS cada mes si lo aprueba su trabajador social del condado.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Atención de pacientes hospitalizados*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>▪ Comidas, incluidas las dietas especiales</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención como paciente hospitalizado en</p>

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios habituales de enfermería</li> <li>▪ Costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o coronarios</li> <li>▪ Fármacos y medicamentos</li> <li>▪ Exámenes de laboratorio</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios radiológicos</li> <li>▪ Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>▪ Aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>▪ Servicios del quirófano y de la sala de recuperación</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>▪ Servicios para el tratamiento de la drogadicción de pacientes hospitalizados</li> <li>▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal o multivisceral.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><i>Este beneficio continúa en la siguiente página</i></b></p>	<p>un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté estabilizada.</p>
<p><b>Atención de pacientes hospitalizados* (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede obtener sus servicios de trasplante de forma local o en un lugar distante fuera del área de servicio. Si el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio y usted decide someterse al trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los gastos de alojamiento y viaje para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangre, incluidos el almacenaje y la administración</li> <li>▪ Servicios de médicos</li> </ul>	

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados*</b></p> <p>Pagaremos los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si necesita servicios de paciente internado en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental del condado pagará los servicios psiquiátricos de paciente hospitalizado que sean médicamente necesarios. La autorización para recibir atención por más de 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se presten en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul> </li> <li>▪ Si usted tiene 65 años o más, pagaremos los servicios que reciba en un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD, por sus siglas en inglés).</li> </ul>	\$0
<p>Los servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su hospitalización no es razonable y no es necesaria, no la pagaremos.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos pagaremos los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de médicos</li> <li>▪ Exámenes de diagnóstico, como exámenes de laboratorio</li> <li>▪ Radiografías, terapia de radio y de isótopos, incluidos servicios y materiales técnicos</li> <li>▪ Vendajes quirúrgicos</li> <li>▪ Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para fracturas y</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p>dislocaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispositivos ortopédicos y prótesis, que no sean dentales, incluidas reparaciones y reemplazos de dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>» reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno (incluido el tejido adyacente), o</li> <li>» reemplazan la totalidad o una parte de las funciones de un órgano interno que no funciona o funciona mal.</li> </ul> </li> <li>▪ Piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos que sean necesarios como consecuencia de la rotura, el desgaste, la pérdida o a cambios en la afección del paciente.</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> </ul>	
<p><b>Servicios y suministros para enfermedades renales*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Para esto, usted debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirle. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de instrucción sobre enfermedades renales.</li> <li>▪ Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, en la página 32.</li> <li>▪ Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si ingresa a un hospital para recibir atención especial</li> <li>▪ Capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y la persona que lo ayude en sus tratamientos de diálisis en el hogar</li> <li>▪ Equipo y suministros para la diálisis en el hogar</li> <li>▪ Ciertos servicios de apoyo en el hogar, tales como visitas necesarias por parte de trabajadores capacitados en diálisis</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>para supervisar su diálisis en el hogar, ayudarlo en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua.</p> <p><b>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte la sección de “Medicamentos de venta con receta médica de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</b></p> <p>Deberá comunicarse con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p><b>Pruebas de detección de cáncer de pulmón*</b></p> <p>El plan pagará pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene una edad de entre 55 y 77 años, y</li> <li>• asiste a una consulta con su médico u otro proveedor calificado para tomar una decisión compartida y con asesoramiento, y</li> <li>• ha fumado por lo menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 30 años sin ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de las primeras pruebas de detección, el plan pagará otras pruebas cada año con una solicitud por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p><b>Terapia de nutrición médica*</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo remita su médico.</p> <p>Pagaremos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare).</p> <p>Después de eso pagaremos dos horas de servicios de</p>	\$0

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p>asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con una remisión de un médico. Un médico debe ordenar estos servicios y renovar la remisión cada año si su tratamiento es necesario en el año calendario siguiente.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p><b>Medicamentos de venta con receta médica de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Medicare. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se aplican mediante inyección o infusión intravenosa mientras usted recibe servicios de un médico, de un hospital como paciente ambulatorio o de un centro de cirugía para pacientes ambulatorios</li> <li>▪ Medicamentos que recibe utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan</li> <li>▪ Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia</li> <li>▪ Medicamentos inmunodepresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano</li> <li>▪ Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted se encuentra confinado en su hogar o si tiene una fractura ósea que un médico certifique como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento</li> <li>▪ Antígenos</li> <li>▪ Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas</li> <li>▪ Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, por ejemplo, la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®,</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> <li>➔ <b>En el Capítulo 5, en la página 95, se explica el beneficio de medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios.</b> Explica las reglas que usted debe seguir para que le cubran los medicamentos.</li> <li>➔ <b>En el Capítulo 6, Sección C, en la página 113 se explica lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</b></li> </ul>	
<p><b>Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés)*</b></p> <p>MSSP (Multi-Purpose Senior Services Program) es un programa de gestión de casos que ofrece Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para personas que reúnen los requisitos para Medi-Cal.</p> <p>Los requisitos son tener más de 65 años, vivir dentro del área de servicio de una sede, poder ser atendido dentro de las limitaciones de costos del MSSP, ser apto para los servicios de gestión de la atención, ser elegible actualmente para Medi-Cal y tener o poder recibir certificación para colocación en un centro de enfermería.</p> <p>Los servicios del MSSP consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de día para ancianos o centro de apoyo</li> <li>▪ Asistencia de vivienda</li> <li>▪ Asistencia con el cuidado personal y los quehaceres</li> <li>▪ Supervisión de protección</li> <li>▪ Gestión de la atención</li> <li>▪ Cuidados de relevo</li> <li>▪ Transporte</li> <li>▪ Servicios de comidas</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios sociales</li> <li>▪ Servicios de comunicaciones</li> </ul> <p>Este beneficio está cubierto hasta por \$4,285 por año.</p>	
<p><b>Transporte médico en casos que no son de emergencia*</b></p> <p>Este beneficio permite disponer del transporte que sea más económico y accesible. Esto puede incluir servicios de transporte médico en ambulancia, furgoneta para camilla o furgoneta para silla de ruedas, y coordinación con servicios de paratransito (servicio de transporte para personas con discapacidades).</p> <p>Se autorizan las formas de transporte cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ su afección médica o física no le permita viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado, y</li> <li>▪ se requiera de transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria.</li> </ul> <p>Dependiendo del servicio, se puede requerir autorización previa. Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p><b>Transporte que no es médico*</b></p> <p>Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>Usted tendrá acceso a 36 traslados de una sola dirección por año.</p> <p>Este beneficio no impone límites en su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p>	\$0
<p><b>Atención en un centro de enfermería*</b></p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención para las personas que no pueden obtener atención en casa pero que no necesitan estar en el hospital.</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).






<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p>Entre los servicios que pagaremos se cuentan los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>▪ Comidas, incluidas las dietas especiales</li> <li>▪ Servicios de enfermería</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>▪ Medicamentos que se le suministren como parte de su plan de atención. (Estos incluyen sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación)</li> <li>▪ Sangre, incluidos el almacenaje y la administración</li> <li>▪ Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente se proporcionan en centros de enfermería</li> <li>▪ Análisis de laboratorio que normalmente se realizan en centros de enfermería</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en centros de enfermería</li> <li>▪ Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente se ofrece en centros de enfermería</li> <li>▪ Servicios de médicos u otro profesional médico</li> <li>▪ Equipo médico duradero</li> <li>▪ Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas</li> <li>▪ Beneficios para la vista</li> <li>▪ Servicios auditivos</li> <li>▪ Atención quiropráctica</li> <li>▪ Servicios de podología</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></i></p>	
<p><b>Atención en un centro de enfermería* (continuación)</b></p> <p>Por lo general, usted obtendrá su atención en centros o clínicas de la</p>	



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>red. Sin embargo, tal vez pueda obtener su atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan las cantidades que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una residencia para ancianos o comunidad de cuidados continuos para jubilados donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que el lugar brinde atención especializada de enfermería).</li> <li>▪ Un centro de enfermería donde viva su cónyuge en el momento en que le den el alta del hospital.</li> </ul>	
<p> <b>Detección de la obesidad y terapia para controlar el peso</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos el asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede gestionar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
<p><b>Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografías</li> <li>▪ Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del auxiliar de laboratorio</li> <li>▪ Suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>▪ férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para fracturas y dislocaciones</li> <li>▪ Exámenes de laboratorio</li> <li>▪ Sangre, incluidos el almacenaje y la administración</li> <li>▪ Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios</li> <li>▪ Análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas que el hospital facture</li> <li>▪ Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin esta, sería preciso el tratamiento hospitalario</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios radiológicos que el hospital facture</li> <li>▪ Suministros médicos, como férulas y yesos</li> <li>▪ Algunas pruebas de detección y servicios preventivos</li> <li>▪ Algunos medicamentos que usted no pueda autoadministrarse</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagaremos los servicios de atención de salud mental provistos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un psiquiatra o médico con licencia estatal</li> <li>▪ Un psicólogo clínico</li> <li>▪ Un trabajador social clínico</li> <li>▪ Un especialista en enfermería clínica</li> <li>▪ Una enfermera practicante</li> <li>▪ Un asistente de médico</li> <li>▪ Cualquier otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables</li> </ul> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p>figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de la clínica</li> <li>▪ Tratamiento diurno</li> <li>▪ Servicios de rehabilitación psicosocial</li> <li>▪ Hospitalización parcial y programas intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>▪ Evaluación y tratamiento de salud mental, individuales y de grupo</li> <li>▪ Pruebas psicológicas cuando estén indicadas clínicamente para evaluar un resultado de salud mental</li> <li>▪ Servicios ambulatorios con el propósito de monitorización de la terapia con medicamentos</li> <li>▪ Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios</li> <li>▪ Consulta psiquiátrica</li> </ul>	
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagaremos la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Usted puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de atención ambulatoria de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) y otras instalaciones.</p>	\$0
<p><b>Servicios para el tratamiento de la drogadicción de pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detección y terapia sobre abuso del alcohol</li> <li>▪ Tratamiento por drogadicción</li> </ul>	\$0


**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de grupo o individual por un médico clínico calificado</li> <li>▪ Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones</li> <li>▪ Servicios para tratamiento de alcoholismo y drogadicción en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios</li> <li>▪ Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada</li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios.</p>	\$0
<p><b>Servicios de hospitalización parcial*</b></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece en el entorno para pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que usted deba quedarse en el hospital.</p> <p><b>Nota:</b> Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p><b>Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios médicamente necesarios de atención médica o cirugía que se presten en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> <li>» El consultorio del médico</li> <li>» Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado</li> <li>» Departamento para pacientes ambulatorios de un</li> </ul> </li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p style="text-align: center;">hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interconsultas, diagnósticos y tratamiento por parte de un especialista</li> <li>▪ Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento</li> <li>▪ Algunos servicios de telesalud, incluidos consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para los pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</li> <li>▪ Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico</li> <li>▪ Atención dental no habitual. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas</li> <li>» Ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales</li> <li>» Extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación para el cáncer neoplásico</li> <li>» Servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico</li> </ul> </li> </ul> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p><b>Servicios de podología*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo)</li> <li>▪ Cuidado de rutina de pies para miembros que padezcan afecciones que afecten las piernas, como la diabetes</li> </ul> <p>Deberá hablar con nuestro proveedor y obtener una remisión.</p>	\$0
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, pagaremos los siguientes</p>	\$0


**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen de tacto rectal</li> <li>▪ Una prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).</li> </ul>	
<p><b>Aparatos protésicos y suministros relacionados*</b></p> <p>Los <i>dispositivos protésicos</i> reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Pagaremos los aparatos protésicos siguientes, y tal vez otros servicios que no se enumeran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía</li> <li>▪ Marcapasos</li> <li>▪ Soportes</li> <li>▪ Zapatos protésicos</li> <li>▪ Brazos y piernas artificiales</li> <li>▪ Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> <li>▪ Crema y pañales para la incontinencia</li> </ul> <p>Además pagaremos algunos suministros relacionados con los aparatos protésicos. También pagaremos la reparación o el reemplazo de aparatos protésicos.</p> <p>Ofrecemos algo de cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta Sección, en la página 87 de este capítulo.</p> <p>No pagaremos los dispositivos protésicos dentales.</p>	\$0
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar*</b></p> <p>Pagaremos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



<b>Servicios que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p>médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Pagaremos los servicios respiratorios para pacientes dependientes de un respirador.</p> <p>Deberá hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p>	
<p> <b>Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar los análisis. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones individuales de terapia conductual de alta intensidad cada año para los adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de terapia como un servicio preventivo únicamente si las imparte un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben ser en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada*</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes, y tal vez otros servicios que no figuran en esta lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario</li> <li>▪ Comidas, incluidas las dietas especiales</li> <li>▪ Servicios de enfermería</li> <li>▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>▪ Medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación</li> </ul>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).






Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>sanguínea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangre, incluidos el almacenaje y la administración</li> <li>▪ Suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan en centros de enfermería</li> <li>▪ Análisis de laboratorio que se realizan en centros de enfermería</li> <li>▪ Radiografías y otros servicios radiológicos que se realizan en centros de enfermería</li> <li>▪ Aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente se ofrecen en centros de enfermería</li> <li>▪ Servicios del médico o proveedor</li> </ul> <p>Por lo general, usted obtendrá su atención en centros o clínicas de la red. Sin embargo, tal vez pueda obtener su atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan las cantidades que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una residencia para ancianos o comunidad de cuidados continuos para jubilados donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que el lugar brinde atención especializada de enfermería)</li> <li>▪ Un centro de enfermería donde viva su cónyuge en el momento en que le den el alta del hospital</li> </ul>	
<p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>La <i>atención de urgencia</i> es la atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ una situación que no sea una emergencia pero que requiera atención médica inmediata, <b>o</b></li> <li>▪ una enfermedad médica repentina, <b>o</b></li> <li>▪ una lesión, <b>o</b></li> <li>▪ una afección que necesita atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a un proveedor de la red.</p> <p>Este servicio está cubierto dentro de EE. UU.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención oftalmológica</b></p> <p>Pagaremos los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un examen de la vista de rutina todos los años; y</li> <li>▪ hasta \$200 para anteojos (armazones y lentes) o hasta \$200 para lentes de contacto una vez al año.</li> </ul> <p>Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista por retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con riesgo de desarrollar glaucoma, pagaremos una evaluación de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aquellas con antecedentes familiares de glaucoma,</li> <li>▪ las que padecen diabetes,</li> <li>▪ los afroamericanos mayores de 50 años,</li> <li>▪ los hispanoamericanos mayores de 65 años.</li> </ul> <p>Pagaremos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si usted se somete a dos cirugías de cataratas por separado, deberá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p>	\$0
<p> <b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>Cubriremos una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” una única vez. Esta consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ una revisión de su estado de salud,</li> <li>▪ instrucción y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (como pruebas de detección y vacunas), y</li> <li>▪ remisiones para otro tipo de atención, si la necesita.</li> </ul> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

---

## E. Beneficios cubiertos fuera del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, pero se encuentran disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

### **California Community Transitions (Transiciones de la comunidad de California, CCT)**

El programa California Community Transitions (CCT) trabaja con Organizaciones Líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que hayan vivido en un centro hospitalario por al menos 90 días consecutivos, en la transición de regreso a un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el período de pretransición y durante 365 días después de la transición para asistir a los beneficiarios con su reinserción en un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier Organización Líder del CCT que atienda en el condado donde usted vive. Podrá encontrar una lista de las Organizaciones Líderes del CCT y los condados en los que atienden en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención de Salud:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

#### ***Para los servicios de coordinación de transición del CCT:***

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

#### ***Para los servicios que no estén relacionados con su transición del CCT:***

El proveedor facturará al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect por sus servicios. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pagará por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted esté recibiendo los servicios de coordinación de transición del CCT, el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pagará los servicios que se indican en la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo.

#### ***No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect:***

Los medicamentos no están cubiertos por el programa CCT. Usted continuará recibiendo su beneficio de medicamentos normal a través del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, a partir de la página 96.



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

**Nota:** Si necesita atención de transición que no sea del CCT, deberá llamar a su coordinador de atención personal para coordinar los servicios. La atención de transición que no sea del CCT es la atención que no está relacionada con su transición desde un centro o una institución.

### Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa dental de Medi-Cal. Entre los servicios se incluyen los siguientes:

- Exámenes iniciales, imágenes fotográficas/radiográficas, profilaxis y tratamientos con flúor
- Restauraciones con compuestos y amalgama
- Coronas prefabricadas de acero inoxidable, con resina y cubierta de resina
- Tratamiento de conducto de dientes anteriores (frontales)
- Dentaduras postizas completas, incluidas dentaduras postizas inmediatas
- Revestimientos, reparaciones y ajustes de dentaduras postizas completas

Los beneficios dentales se encuentran disponibles en Denti-Cal de pago por servicio. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal, llame a la línea de Servicio al Cliente Beneficiario de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa dental de Medi-Cal se encuentran disponibles para ayudarle de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en <http://www.denti-cal.ca.gov> para obtener más información.

Además de Denti-Cal de pago por servicio, puede recibir beneficios dentales a través de un plan de atención dental con contención del gasto sanitario. Los planes de atención dental con contención del gasto sanitario están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales, si necesita asistencia para identificar su plan dental o si quiere cambiar de planes dentales, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.

### Cuidados paliativos

Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted tiene el derecho de elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos 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. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor de fuera de la red.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre qué paga el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect mientras usted recibe los servicios de cuidados paliativos.

***En cuanto a los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:***

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

***En cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal*** (a excepción de la atención de emergencia o la atención médica necesaria de urgencia):

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

***En cuanto a los medicamentos que pueden ser cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect:***

- Los medicamentos nunca son cubiertos por los cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5, Sección F, en la página 107 para obtener más información.

**Nota:** Si necesita atención de cuidados no paliativos, deberá llamar a su coordinador de atención personal para coordinar los servicios. La atención de cuidados no paliativos es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.

---

## **F. Beneficios *no* cubiertos por el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, Medicare o Medi-Cal**

En esta sección se describen los tipos de beneficios que están excluidos por el plan. *Excluidos* significa que nosotros no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

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

No pagaremos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (ni en ningún otro lado en este *Manual para Miembros*), salvo bajo las condiciones específicas enumeradas. Si usted considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



presentar una apelación. Para obtener información sobre la presentación de apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.

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

- Los servicios que no se consideran “razonables ni médicamente necesarios”, de acuerdo con las reglas de Medicare y Medi-Cal, a menos que dichos servicios estén detallados por nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, así como artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, que formen parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o que sean cubiertos por nuestro plan. Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección J, en la página 43. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que no han sido aceptados generalmente por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Enfermeras privadas.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como teléfono o televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cargos generados por parientes directos o integrantes de su grupo familiar.
- Procedimientos o servicios programados o voluntarios para mejora personal (como reducción de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, contra el envejecimiento y rendimiento mental), a menos que sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo de tipo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tenga la forma correcta. No obstante, sí pagaremos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que coincidan entre sí.
- Atención quiropráctica distinta a la manipulación manual de la columna vertebral prevista en las pautas de cobertura.
- Cuidado de rutina de pies, salvo lo descrito en Servicios de podología en la Tabla de beneficios en este capítulo, Sección D, página 82.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Exámenes auditivos regulares, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros dispositivos para la vista deficiente.
- Reversión de los procedimientos de esterilización y los suministros anticonceptivos no recetados.
- Servicios de medicina natural (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en establecimientos del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de este es mayor que el que se estipula en virtud de nuestro plan, reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de la cantidad de costos compartidos que le corresponde.





## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

---

### Índice

Introducción .....	99
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan.....	99
<b>A. Surtido de recetas .....</b>	<b>101</b>
Surta su receta en una farmacia de la red .....	101
Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando pida que le surtan una receta .....	101
¿Qué pasa si usted se quiere cambiar a una farmacia distinta de la red? .....	101
¿Qué sucede si la farmacia que usted usa deja de pertenecer a la red? .....	102
¿Y si necesita una farmacia especializada? .....	102
¿Se pueden utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener los medicamentos? .....	102
¿Puede obtener un suministro de largo plazo de los medicamentos?.....	104
¿Se puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? .....	104
Si usted paga un medicamento de venta con receta médica, ¿recibirá un reembolso del plan? .....	105
<b>B. La Lista de medicamentos del plan.....</b>	<b>105</b>
¿Qué contiene la Lista de medicamentos? .....	105
¿Cómo puede averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos?.....	106
¿Qué <i>no</i> contiene la Lista de medicamentos? .....	106
¿Qué son los niveles de costos compartidos? .....	107
<b>C. Límites a la cobertura de algunos medicamentos.....</b>	<b>108</b>
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites? .....	108

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



¿Qué tipos de reglas existen?.....	108
¿Alguna de estas reglas se aplica a sus medicamentos? .....	109
<b>D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto .....</b>	<b>110</b>
Usted puede obtener un suministro temporal .....	110
<b>E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....</b>	<b>112</b>
<b>F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....</b>	<b>113</b>
Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan.....	113
Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo .....	114
Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan.....	114
Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare .....	115
<b>G. Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos .....</b>	<b>115</b>
Programas para ayudarles a los miembros a usar los medicamentos de manera segura .....	115
Programas para ayudarles a los miembros en la gestión de sus medicamentos .....	116

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Introducción

En este capítulo se explican las reglas sobre cómo obtener sus *medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios*. Estos son medicamentos que su proveedor le prescribe y que usted obtiene a través de una farmacia o mediante pedido por correo. Se trata de medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por Medi-Cal. En el Capítulo 6, Sección C, de la página 113 se le informa cuánto paga por estos medicamentos.

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se tratarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Entre estos se incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras usted está en un hospital o centro de enfermería especializada.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Entre estos se incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que usted recibe durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y medicamentos que recibe 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, Sección D, de la página 50.

## Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas que se establecen en esta sección.

- 1 Usted debe contar con una receta expedida por un médico u otro proveedor. Esta persona por lo general es su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). También puede ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
- 2 En general, usted debe utilizar una farmacia de la red para que le surtan su receta.
- 3 Su medicamento de venta con receta médica debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos simplemente “Lista de medicamentos”.
  - Si el medicamento recetado no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole a usted una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, en la página 167 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



4. Su medicamento debe utilizarse para una *indicación médicamente aceptada*. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertos libros de referencia. Los medicamentos y los artículos cubiertos por Medi-Cal están limitados al uso que se indica en la etiqueta según lo define la Administración de Alimentos y Medicamentos. No se concederá autorización para un uso que no se indique en la etiqueta de los medicamentos, a menos que cuente con el respaldo de referencias médicas aceptables.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## A. Surtido de recetas

### Surta su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagaremos los medicamentos de venta con receta médica *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Una *farmacia de la red* es una farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

- ➔ Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

### Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando pida que le surtan una 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 facturará a nosotros nuestra parte del costo de su medicamento de venta con receta médica cubierto. Usted tendrá que pagarle a la farmacia un copago al momento de recoger los medicamentos de su receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, *es posible que usted deba pagar el costo total de la receta cuando la retire*. Posteriormente puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente de inmediato. Haremos todo lo posible por ayudar.

- ➔ Para saber cómo solicitarnos el reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122.
- ➔ Si necesita ayuda para lograr que le surtan una receta, puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

### ¿Qué pasa si usted se quiere cambiar a una farmacia distinta de la red?

Si se cambia de farmacia y necesita surtir de nuevo una receta, puede pedirle a un proveedor que le expida una nueva receta o pedirle a la primera farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia.

- ➔ Si necesita ayuda para cambiarse de farmacia de la red, puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## ¿Qué sucede si la farmacia que usted usa deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que utiliza se sale de la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

- ➔ Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

## ¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. En los casos en que se necesite terapia de infusión en el hogar, un enfermero administrador de casos coordinará con usted y su médico para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
  - Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de atención a largo plazo, como una residencia para ancianos. Por lo general, los centros de atención a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, queremos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesita en la farmacia del centro. Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red, o si usted tiene algún inconveniente para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
  - Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena y al Programa de Salud Indígena Tribal y Urbano. Excepto en emergencias, solamente los indígenas norteamericanos o los indígenas de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
  - Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo especial y las instrucciones sobre su uso.
- ➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

## ¿Se pueden utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener los medicamentos?

Para ciertos tipos de medicamentos, se puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una enfermedad crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo del plan le permite ordenar un suministro del medicamento para *al menos* 31 días y un suministro para *no más de* 93 días. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

### ***¿Cómo surto mis recetas por correo?***

Para obtener los formularios de pedido y la información sobre cómo obtener sus medicamentos de receta por correo, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

Por lo general, usted recibirá una receta de pedidos por correo en un plazo de 10 días. Si el envío de su pedido se demora, se comunicarán con usted a través de nuestro servicio de pedidos de farmacia por correo y coordinarán con su médico o con su farmacéutico para asegurarse de que usted reciba los medicamentos de recetas que necesita, incluida la recepción de un suministro temporal a través de su farmacia local.

### ***¿Cómo procesará mi receta el servicio de pedidos por correo?***

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, para las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y para el nuevo surtido de sus recetas de pedidos por correo:

#### **1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted**

La farmacia automáticamente surtirá y entregará los medicamentos de las nuevas recetas que reciba de usted.

#### **2. Nuevas recetas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia reciba una receta de un médico, se pondrá en contacto con usted para saber si desea que le surtan los medicamentos inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia vaya a entregarle el medicamento correcto (potencia, cantidad y presentación) y, de ser necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y se lo envíen. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para decirle qué debe hacer con la nueva receta y evitar cualquier retraso en el envío.

#### **3. Nuevo surtido de las recetas de pedidos por correo**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Para que vuelvan a surtirle su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes del momento en que considere que los medicamentos que tiene a su alcance se agotarán a fin de asegurarse de que le envíen su siguiente pedido a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia las mejores maneras de ponerse en contacto con usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584) para indicarnos la mejor manera de comunicarnos con usted. También nos debe llamar cuando tenga un nuevo número de teléfono o una nueva dirección. Si no sabemos cuál es la mejor manera de localizarlo, usted podría perder la oportunidad de decirnos si desea que se le vuelva a surtir la receta y podría quedarse sin sus medicamentos de venta con receta médica.

### ¿Puede obtener un suministro de largo plazo de los medicamentos?

Puede obtener un suministro de largo plazo de los *medicamentos de mantenimiento* que aparecen en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los *medicamentos de mantenimiento* son medicamentos que usted toma con regularidad, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 93 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 largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, se puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan para obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior en la página 97 para conocer los servicios de pedidos por correo.

### ¿Se puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Por lo general, pagamos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no pueda utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las cuales usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- si las recetas se relacionan con la atención médica de un caso de emergencia o atención médica necesaria de urgencia;

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable para llegar en automóvil, que estén abiertas las 24 horas;
  - si un medicamento no se vende normalmente en farmacias minoristas accesibles (incluidos los medicamentos de alto costo o únicos); o
  - si necesita recibir una vacuna que es médicamente necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.
- ➔ En estos casos, primero consulte con Servicio al Cliente para ver si hay una farmacia de la red cerca.

### **Si usted paga un medicamento de venta con receta médica, ¿recibirá un reembolso del plan?**

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga su medicamento de receta. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.

- ➔ Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122.

---

## **B. La Lista de medicamentos del plan**

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos simplemente “Lista de medicamentos”.

Los medicamentos que se enumeran en la Lista de medicamentos son seleccionados por nosotros con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

### **¿Qué contiene la Lista de medicamentos?**

La Lista de medicamentos comprende los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de venta con receta médica y de venta libre, y productos cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



La Lista de medicamentos contiene tanto medicamentos de marca como medicamentos *genéricos*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de venta con receta médica y funcionan igualmente bien. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o comuníquese con su coordinador de atención personal.

### ¿Cómo puede averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo;
- visitar el sitio web del plan en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com) (la Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada);
- llamar a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir un ejemplar de la lista.

### ¿Qué *no* contiene la Lista de medicamentos?

No cubrimos todos los medicamentos de venta con receta médica. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de medicamentos ya que la ley no nos permite ofrecer cobertura para dichos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir determinado medicamento en la Lista de medicamentos.

El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect *no* pagará los medicamentos enumerados en esta sección. Estos se conocen como *medicamentos excluidos*. Si se le da una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que nosotros deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso particular, usted puede presentar una apelación. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 6, en la página 166).

He aquí tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (la cual incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare reciben cobertura de forma gratuita

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



por parte del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, pero no se consideran parte de sus beneficios médicos de medicamentos para pacientes ambulatorios.

- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos de venta con receta médica que se compren fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia como tratamiento para su enfermedad. Su médico podría prescribir un determinado medicamento para tratar su enfermedad, aunque este no haya sido aprobado para tratar dicha enfermedad. A esto se le llama *uso fuera de lo indicado en la etiqueta*. Nuestro plan usualmente no cubre los medicamentos cuando se recetan para un uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medi-Cal.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos usados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica informa que usted debe someterse a pruebas o servicios llevados a cabo solo por ellos

### ¿Qué son los niveles de costos compartidos?

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de cuatro niveles de costos compartidos. Un nivel es un grupo de medicamentos por lo general del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo de su medicamento.

- El nivel 1 de costos compartidos comprende los medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo de costos compartidos.
- El nivel 2 de costos compartidos comprende los medicamentos de marca. Este es el nivel más alto de costos compartidos.
- El nivel 3 comprende los medicamentos de venta con receta médica que no son de Medicare. Estos medicamentos tradicionalmente no están cubiertos por Medicare, pero sí están cubiertos por Medi-Cal. No hay ningún costo compartido para los medicamentos en este nivel.
- El nivel 4 comprende los medicamentos de venta libre que no son de Medicare. Estos medicamentos tradicionalmente no están cubiertos por Medicare, pero sí están

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



cubiertos por Medi-Cal. No hay ningún costo compartido para los medicamentos en este nivel.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra Lista de medicamentos.

- ➔ En el Capítulo 6, Sección C, de la página 114 se le informa el monto que usted paga por los medicamentos en el nivel de costos compartidos.

---

## C. Límites a la cobertura de algunos medicamentos

### ¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

En el caso de ciertos medicamentos de venta con receta médica existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo instan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento de menor costo y seguro funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor utilice el medicamento de menor costo.

**Si hay una regla especial para su medicamento, ello generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor deba decirnos su diagnóstico o proporcionar primero resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, usted deberá pedirnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en permitir que usted utilice el medicamento sin llevar a cabo las medidas adicionales.

- ➔ Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, en la página 167.

### ¿Qué tipos de reglas existen?

#### 1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le surtirán la versión genérica. Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando exista una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted, o ha indicado “No se permiten sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos ha informado la razón médica por la que ni el

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.

## 2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect antes de que se le surta su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect no cubra el medicamento.

## 3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si los medicamentos A y B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos requerir que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. A esto se le llama *terapia escalonada*.

## 4. Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que usted puede tener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se le surta su receta.

## ¿Alguna de estas reglas se aplica a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplican a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



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

Intentamos lograr que la cobertura de su medicamento le resulte conveniente pero, en ocasiones, un medicamento podría no estar cubierto de la manera que usted quisiera. Por ejemplo:

- **El medicamento que usted necesita no está cubierto por nuestro plan.** El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Un medicamento podría ser nuevo y nosotros podríamos no haberlo revisado aún en cuanto a su seguridad y eficacia.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites de cobertura para ese medicamento.** Como se ha explicado en la sección anterior, en la página 101, hay reglas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. En algunos casos, usted o el profesional de la salud que le expide la receta tal vez quieran pedirnos que hagamos una excepción a una regla.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted quisiera.

### Usted puede obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté en la Lista de medicamentos o cuando haya limitaciones para este de alguna manera. Esto le da tiempo de hablar con su proveedor acerca de obtener un medicamento diferente o pedirnos que cubramos el medicamento.

**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, se debe cumplir con las dos reglas siguientes:**

#### 1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra Lista de medicamentos, o
- nunca ha estado en nuestra Lista de medicamentos, o
- ahora se limita de alguna manera.

#### 2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

**Usted es un miembro nuevo en nuestro plan y no vive en un centro de atención a largo plazo.**

- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación** en el plan. Este suministro temporal corresponderá a un suministro de

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



hasta 31 días. Si su receta es por menos días, permitiremos que se surta varias veces para completar un suministro del medicamento para un máximo de 31 días del medicamento. Debe llevar su receta a una farmacia de la red para que se la surtan.

- **Usted participó en el plan el año pasado y vive en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año natural**. El suministro temporal corresponderá a un suministro para hasta 93 días. Si su receta es por menos días, permitiremos que se surta varias veces para completar un suministro del medicamento para un máximo de 93 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicio).

- **Usted es un miembro nuevo en el plan y vive en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación** en el plan. El suministro temporal corresponderá a un suministro para hasta 93 días. Si su receta es por menos días, permitiremos que se surta varias veces para completar un suministro del medicamento para un máximo de 93 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicio).

- **Usted ha estado en el plan por más de 90 días y vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.**

Cubriremos un suministro para 31 días o menos, si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro de transición de atención a largo plazo mencionado anteriormente.

- Para las transiciones no planificadas, por ejemplo, cuando le den de alta del hospital a un centro de atención a largo plazo o a su hogar, tomaremos determinaciones de cobertura y volveremos a realizar determinaciones tan pronto como su estado de salud lo requiera. Se le proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos fuera de la lista de medicamentos cubiertos, incluidos los medicamentos que se encuentran en el formulario que están sujetos a determinadas reglas, como terapia escalonada o límites de cantidad.

➔ Para solicitar el suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

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

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- **Puede cambiar a otro medicamento.**

Podría haber un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que funcione igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista puede servir para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle a usted.

### O BIEN

- **Puede solicitar una excepción.**

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a pedirla.

- ➔ Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, en la página 167.
- ➔ Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos se produce el 1 de enero. Sin embargo, podemos hacer cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Podríamos hacer lo siguiente:

- agregar medicamentos debido a que ahora se dispone de nuevos medicamentos, incluidos medicamentos genéricos, o porque el gobierno aprueba un nuevo uso de un medicamento existente;
- retirar medicamentos porque fueron retirados del mercado o porque los medicamentos más baratos funcionan igual de bien;
- pasar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o a uno más bajo;
- agregar o eliminar un límite en la cobertura de un medicamento;
- reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.

Si alguno de los siguientes cambios afecta a un medicamento que usted esté tomando, el cambio no le afectará a usted hasta el 1 de enero del año siguiente:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Ponemos un nuevo límite en el uso del medicamento.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no debido a un retiro del mercado ni a que un nuevo medicamento genérico lo haya reemplazado.

Antes del 1 de enero del año próximo, por lo general, usted no tendrá un incremento en sus pagos ni se le añadirán límites adicionales a su uso del medicamento. Los cambios le afectarán el 1 de enero del año siguiente.

En los siguientes casos, usted *sí se verá* afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

- Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un nuevo medicamento genérico, debemos darle aviso del cambio con una anticipación mínima de 60 días.
    - » Podemos darle un nuevo surtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
    - » Usted debe trabajar con su proveedor durante esos 60 días para hacer el cambio al medicamento genérico o a uno diferente que el plan cubra.
    - » Usted y su proveedor pueden pedirnos que le sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo hacerlo, consulte el Capítulo 9, Sección 6, en la página 166.
  - Si se retira del mercado un medicamento porque se establece que no es seguro o por otras razones, eliminaremos el medicamento de nuestra Lista de medicamentos. Le informaremos acerca de este cambio de inmediato.
    - » Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio. Él o ella podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- ➔ Si hay un cambio en la cobertura de un medicamento que usted esté tomando, **le enviaremos un aviso**. Normalmente, se lo haremos saber por lo menos 60 días antes del cambio.

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan

Si usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de venta con receta médica durante su hospitalización. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada,

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura.

- ➔ Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6, Sección C, en la página 113.

### **Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo**

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como una residencia para ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si está viviendo en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos de venta con receta médica a través de la farmacia del centro si esta es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. De no ser así, o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

### **Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan**

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación, hasta que llegemos a darle un suministro de 93 días. El primer suministro será para un máximo de 31 días o menos, si su receta es por menos días. Si necesita que vuelvan a surtirle el medicamento, lo cubriremos durante sus primeros 90 días en el plan.

Si ha sido miembro de nuestro plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, cubriremos un suministro para 31 días. También cubriremos un suministro para 31 días si tenemos un límite en la cobertura del medicamento. Si su receta es por menos de 31 días, pagaremos el monto que sea menor.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro se agote. Un medicamento diferente cubierto por el plan podría funcionarle igual de bien. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la manera que a usted le gustaría.

- ➔ Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, en la página 167.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por los cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento para tratar el dolor, las náuseas, la ansiedad o un laxante que no esté cubierto por sus cuidados paliativos porque no está relacionado con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado de esto, ya sea por el profesional de la salud que expide la receta o por su proveedor de cuidados paliativos, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, usted puede solicitarle a su proveedor de cuidados paliativos o profesional de la salud que expide la receta que se asegure de que hayamos recibido la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de que usted pueda solicitarle a una farmacia que surta su receta.

Si sale del programa de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá llevar a la farmacia un comprobante de que ha dejado los cuidados paliativos. Consulte los apartados anteriores de este capítulo, donde se informan las reglas para obtener la cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D.

➔ Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, Sección E, en la página 90.

---

## G. Programas sobre la seguridad y la gestión de los medicamentos

### Programas para ayudarles a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que le surten una receta, buscamos posibles problemas, tales como:

- Errores en los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento que cumple la misma función
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Medicamentos que se elaboran a partir de cosas a las que usted es alérgico

Si vemos un posible problema en su uso de los medicamentos recetados, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Programas para ayudarles a los miembros en la gestión de sus medicamentos

Si toma medicamentos para distintas enfermedades, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo para usted a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa les permite a usted y al proveedor garantizar que los medicamentos que toma sean eficaces para mejorar su estado de salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionarán una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y analizarán con usted lo siguiente:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos.
- La mejor forma de tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema relacionado con sus medicamentos de venta con receta médica y de venta libre.

Se le entregará un resumen por escrito de este análisis. El resumen presenta un plan de acción relacionado con los medicamentos, el que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos, que incluirá todos los medicamentos que toma y las razones por las que los toma.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con el médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención de salud. También lleve consigo su lista de medicamentos cuando vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Infórmenos si no desea participar en el programa y lo sacaremos del programa.

➔ Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta médica de Medicare y Medi-Cal

---

### Índice

Introducción .....	119
<b>A.</b> La Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).....	120
<b>B.</b> Seguimiento de los costos de sus medicamentos .....	120
1. Use su tarjeta de identificación de miembro. ....	120
2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.....	121
3. Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.....	121
4. Verifique los informes que le enviamos.....	121
<b>C.</b> Etapas de pago de medicamentos correspondientes a los medicamentos de la Parte D de Medicare .....	121
Nuestros niveles de costos compartidos.....	122
Sus opciones de farmacias .....	122
Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento .....	123
¿Cuánto paga usted?.....	123
<b>D.</b> Etapa 1: La etapa de cobertura inicial.....	125
Sus opciones de farmacias .....	126
Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento .....	126
¿Cuánto paga usted?.....	126
¿Cuándo concluye la etapa de cobertura inicial? .....	128
<b>E.</b> Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica .....	128
<b>F.</b> Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo.....	129

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



**G. Ayuda con los costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA..... 130**

    ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?..... 130

    ¿No está inscrito en ADAP?..... 130

    ¿Ya está inscrito en ADAP?..... 130

**H. Vacunas ..... 130**

    Antes de recibir una vacuna..... 131

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Introducción

En este capítulo se explica lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare,
- medicamentos y artículos en virtud de Medi-Cal, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, está recibiendo “Ayuda extra” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Para obtener más información sobre los medicamentos con receta, usted puede buscar en estos lugares:

- **Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos***. A esto le llamamos “Lista de medicamentos”. Esta lista le dice lo siguiente:
  - » cuáles son los medicamentos que pagamos,
  - » en cual de los 4 niveles de costo compartido se encuentra cada medicamento,
  - » si existen límites en los medicamentos.

Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, comuníquese con Servicio al Cliente. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.

- **El Capítulo 5 de este Manual para Miembros**. El Capítulo 5, a partir de la página 96, le indica cómo obtener sus medicamentos de venta con receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan. Incluye las reglas que usted debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos de venta con receta médica *no* están cubiertos por nuestro plan.
- **Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias***. En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nosotros. El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, en la página 96.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## A. La Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos de venta con receta médica. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los *costos de su propio bolsillo*. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos de venta con receta médica.
- Sus *costos totales de medicamentos*. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos de venta con receta médica, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos de venta con receta médica a través de nuestro plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos *EOB* para abreviar. La EOB contiene lo siguiente:

- **Información correspondiente al mes.** El informe le indica qué medicamentos de venta con receta médica recibió. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que pagaron usted y otras personas que pagan por usted.
  - **Información “del año a la fecha”.** Se trata de sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- ➔ Ofrecemos cobertura de medicamentos que Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para los costos totales de su propio bolsillo. También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no debe pagar nada por estos medicamentos. Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

---

## B. Seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. He aquí cómo puede ayudarnos usted:

### 1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayudará a saber qué recetas le surten y lo que usted paga.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## 2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos que usted ha pagado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

Las siguientes son algunas situaciones en las que nos debe dar copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando hace un copago por medicamentos que usted obtiene en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
  - Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
  - Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.
- ➔ Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122.

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

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para los costos de su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para los costos de su propio bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando usted llega a la etapa de cobertura catastrófica, el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

## 4. Verifique los informes que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si considera que algo está mal o que algo falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

---

## C. Etapas de pago de medicamentos correspondientes a los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare en virtud del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. La

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



cantidad que usted paga depende de la etapa en que se encuentra cuando se le surte o se le surte más veces su receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, <b>nosotros pagamos parte de los costos</b> de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, <b>nosotros pagamos todos los costos</b> de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2017.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una determinada cantidad de costos de su propio bolsillo.</p>

## Nuestros niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de 4 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos no cubiertos por Medicare que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es de \$0 a \$3.30, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago medio. Se trata de medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$8.25, dependiendo de sus ingresos.

## Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, **o**
  - una farmacia fuera de la red.
- ➔ En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 99 para saber cuándo haremos eso.
- ➔ Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 de este manual y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando le surten su receta. Un suministro de largo plazo corresponde a un suministro para hasta 93 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

- ➔ Para conocer más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 98 del *Directorio de proveedores y farmacias*.

## ¿Cuánto paga usted?

Usted puede tener que hacer un copago cada vez que le surtan una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

- ➔ Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

**La tabla siguiente muestra su parte del costo cuando usted recibe un suministro para un mes o de largo plazo de un medicamento de venta con receta médica cubierto de parte de:**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



	<b>Una farmacia de la red</b> Un suministro para un mes o para hasta 31 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b> Un suministro para un mes o para hasta 93 días	<b>Una farmacia de atención de largo plazo de la red</b> Suministro para hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b> Suministro de hasta 31 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 para conocer más detalles.
<b>Costos compartidos Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos y medicamentos de marca tratados como genéricos de la Parte D)	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30
<b>Costos compartidos Nivel 2</b> (Medicamentos de marca de la Parte D)	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25
<b>Costos compartidos Nivel 3</b> (Medicamentos de venta con receta médica genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



	<b>Una farmacia de la red</b> Un suministro para un mes o para hasta 31 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b> Un suministro para un mes o para hasta 93 días	<b>Una farmacia de atención de largo plazo de la red</b> Suministro para hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b> Suministro de hasta 31 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 para conocer más detalles.
<b>Costos compartidos Nivel 4</b> (Medicamentos de venta libre genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

➔ Para obtener información acerca de qué farmacias pueden ofrecer suministros de largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

## D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos de venta con receta médica cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama *copago*. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentra el medicamento y el lugar en el que usted lo obtiene.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de 4 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Los medicamentos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos no cubiertos por Medicare que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es de \$0 a \$3.30, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago medio. Se trata de medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$8.25, dependiendo de sus ingresos.

### Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, **o**
  - una farmacia fuera de la red.
- ➔ En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 99 para saber cuándo haremos eso.
- ➔ Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 de este manual y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

### Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando le surten su receta. Un suministro de largo plazo corresponde a un suministro para hasta 93 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

- ➔ Para conocer más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 98 del *Directorio de proveedores y farmacias*.

### ¿Cuánto paga usted?

Durante la etapa de cobertura inicial, usted puede hacer un copago cada vez que le surtan una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

- ➔ Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

**La tabla siguiente muestra su parte del costo cuando usted recibe un suministro para un mes o de largo plazo de un medicamento de venta con receta médica cubierto de parte de:**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



	<b>Una farmacia de la red</b> Un suministro para un mes o para hasta 31 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b> Un suministro para un mes o para hasta 93 días	<b>Una farmacia de atención de largo plazo de la red</b> Suministro para hasta 93 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b> Suministro de hasta 31 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 para conocer más detalles.
<b>Costos compartidos Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos y medicamentos de marca tratados como genéricos de la Parte D)	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30	\$0, \$1.20 o \$3.30
<b>Costos compartidos Nivel 2</b> (Medicamentos de marca de la Parte D)	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25	\$0, \$3.70 u \$8.25
<b>Costos compartidos Nivel 3</b> (Medicamentos de venta con receta médica genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



	<b>Una farmacia de la red</b> Un suministro para un mes o para hasta 31 días	<b>El servicio de pedidos por correo del plan</b> Un suministro para un mes o para hasta 93 días	<b>Una farmacia de atención de largo plazo de la red</b> Suministro para hasta 93 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b> Suministro de hasta 31 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 96 para conocer más detalles.
<b>Costos compartidos Nivel 4</b> (Medicamentos de venta libre genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

➔ Para obtener información acerca de qué farmacias pueden ofrecer suministros de largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

### ¿Cuándo concluye la etapa de cobertura inicial?

La etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de su propio bolsillo alcanza los \$4,950.00. En ese momento, empieza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Sus informes de Explicación de beneficios le ayudarán a llevar la cuenta de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Nosotros le avisaremos si usted llega al límite de \$4,950.00 Muchas personas no llegan al límite en un año.

## E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted llega al límite de \$4,950.00 de su propio bolsillo por sus medicamentos de venta con receta médica, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

---

## F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo

Por lo general, usted hace un copago para cubrir el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en las que usted desee pedirle a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted está probando por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro del mes completo en el caso de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro para menos un mes de un medicamento, su copago se calculará sobre la base de la cantidad de días para los que reciba el medicamento. Calcularemos la cantidad que usted paga por día de su medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días para los que reciba el medicamento.

- He aquí un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes (un suministro para 31 días) es \$1.20. Esto significa que la cantidad que usted paga por día de su medicamento es de \$0.04. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$0.28.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione antes de que tenga que pagar el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará a planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos y hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá de la cantidad de días del suministro que usted obtiene.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## G. Ayuda con los costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA

### ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que sirven para salvar vidas. Los medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda con costos compartidos de recetas a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina para el SIDA, para las personas inscritas en ADAP.

### ¿No está inscrito en ADAP?

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el procedimiento para inscribirse en el programa, llame al 1-844-550-3944 o visite el sitio web de ADAP en <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/tOAADAPIndiv.aspx>.

### ¿Ya está inscrito en ADAP?

ADAP puede continuar proporcionando a clientes de ADAP, que tienen la Parte D de Medicare, ayuda con los costos compartidos de recetas de medicamentos que aparecen en la lista de medicamentos aprobados de ADAP. A fin de garantizar que usted continúe recibiendo asistencia, infórmele a su empleado de inscripciones local de ADAP cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el sitio más cercano de inscripción de ADAP, o a un empleado de inscripción, llame al 1-844-550-3944 o visite el sitio web indicado anteriormente.

---

## H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de la Parte D de Medicare. Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare consta de dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento de venta con receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces, usted puede recibir la vacuna como una inyección por parte de su médico.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que, cada vez que esté planeando recibir una vacuna, primero nos llame a Servicio al Cliente.

- Nosotros podremos informarle cómo está cubierta su vacuna por nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos sus costos mediante el uso de las farmacias y los proveedores de la red. Las *farmacias de la red* son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá colaborar con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect para asegurar que usted no tenga que hacer ningún gasto por adelantado por una vacuna de la Parte D.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos

---

### Índice

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos sus servicios o medicamentos .....	132
B. Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....	134
C. Tomaremos una decisión de cobertura.....	135
D. Usted puede presentar una apelación .....	135

---

### A. Cuándo nos puede pedir que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir una factura por los servicios o los medicamentos obtenidos de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya recibió. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si usted recibe una factura por servicios de salud o medicamentos, envíenosla a nosotros.** Para enviarnos una factura, consulte la página 124 de este Capítulo.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, es su derecho recibir un reembolso.
  - Si los servicios o los medicamentos **no** están cubiertos, se lo haremos saber.
- ➔ Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, le podemos ayudar. También puede llamar si quiere brindarnos información con respecto a una solicitud de pago que usted ya nos envió.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió:

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### **1. Cuando usted recibe atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red.**

Usted deberá pedirle al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que usted no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
  - » Si el proveedor debiera recibir un pago, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
  - » Si usted ya ha pagado el servicio, nosotros le reembolsaremos a usted.

### **2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros.

- Cuando usted reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nosotros nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema.
- Si usted ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado. Nosotros le reembolsaremos a usted lo que pagó por sus servicios cubiertos.

### **3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de la receta.

- ➔ Solamente en unos cuantos casos nosotros cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. Consulte el Capítulo 5, Sección A, en la página 99 para obtener más información acerca de las farmacias fuera de la red.

### **4. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted**

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.

### **5. Cuando usted paga el costo total de una receta para un medicamento que no está cubierto**

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



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

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), o que pueda tener un requisito o una restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría a su situación. Si decide obtener el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
  - » Si usted no paga el medicamento pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección 6.1, en la página 166).
  - » Si usted y su médico u otro profesional de la salud que expide la receta consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión rápida sobre cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, en la página 169).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional de la salud que expida la receta para que le reembolsemos a usted el costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

- ➔ Consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

## B. Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de los pagos que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted expidió o un recibo del proveedor. Es aconsejable sacar una copia de su factura y sus recibos para su archivo personal. Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención personal.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a la siguiente dirección:

**Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect**  
2420 Fenton Street, Suite 100  
Chula Vista, CA 91914



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

También puede llamarnos para solicitar el pago. El personal de Servicio al Cliente se encuentra disponible para asistirle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono es 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

---

## C. Tomaremos una decisión de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una *decisión de cobertura*. Esto significa que vamos a decidir si la atención médica o el medicamento están cubiertos por nuestro plan. También vamos a decidir la cantidad de dinero, si es el caso, que usted tiene que pagar por la atención médica o el medicamento.

- Nosotros le haremos saber si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtenerlos, nosotros los pagaremos. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó. Si aún no ha pagado los servicios o los medicamentos, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
- ➔ En el Capítulo 3, Sección B, en la página 32 se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el Capítulo 5, Sección A, en la página 100 se explican las reglas para que le cubran sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare.
- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta para explicar por qué no. En la carta también se le explicarán sus derechos para hacer una apelación.
- ➔ Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.

---

## D. Usted puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama *presentar una apelación*. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

- ➔ El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos establecidos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Si desea hacer una apelación sobre la solicitud de reembolso por un servicio de atención médica, vaya al Capítulo 9, Sección 4, en la página 148.
- Si desea hacer una apelación sobre la solicitud de reembolso por un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.1, en la página 166.





## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Índice

Introducción .....	138
<b>A.</b> Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades .....	138
<b>B.</b> Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento.....	142
<b>C.</b> Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	144
<b>D.</b> Estamos obligados a proteger su información de salud personal.....	145
La manera en que protegemos su información de salud .....	145
Usted tiene derecho a ver sus historias clínicas .....	146
<b>E.</b> Debemos darle información acerca de nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	146
<b>F.</b> Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente .....	147
<b>G.</b> Usted tiene derecho a retirarse de nuestro plan Cal MediConnect en cualquier momento .....	147
<b>H.</b> Usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica .....	148
Tiene el derecho de conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica .....	148
Tiene el derecho de informar qué quiere que suceda si está incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo. ....	148
Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....	149
<b>I.</b> I. Usted tiene el derecho de presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado.....	150
Lo que puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos .....	150
Cómo obtener información adicional sobre sus derechos .....	150



J. Usted también tiene responsabilidades como miembro del plan .....	151
--	-----

---

## Introducción

En este capítulo usted conocerá sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Nosotros estamos obligados a respetar sus derechos.

---

### A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted los pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año en que usted esté en nuestro plan.

- ➔ Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- ➔ Nuestro plan también puede entregarle materiales en otros idiomas que no sea el inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Tenemos los materiales en inglés, español, tagalo, vietnamita y árabe. Si prefiere recibir siempre los materiales en uno de estos idiomas o en otro formato, comuníquese con Servicio al Cliente e infórmeles.
- ➔ Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ➔ La Oficina del Ombuds de Atención Administrada de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Office of the Ombuds) ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios médicamente necesarios cubiertos que son responsabilidad contractual de los planes. El Ombuds no se pondrá de parte de nadie automáticamente en una queja. Considerará todos los lados de una manera imparcial y objetiva. Puede llamar al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## **Usted tiene derecho de obtener la información de una manera que cumpla sus necesidades**

Debemos informarle acerca de sus beneficios y sus derechos en una manera que usted pueda entender. Debemos informarle de sus derechos cada año que usted participe en nuestro plan.

- ➔ Para obtener la información de una manera que usted pueda entender, llame a Servicios a Participantes. Nuestro plan tiene personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- ➔ Nuestro plan también puede proporcionarle los materiales en otros idiomas y formatos tales como letra más grande, Braille o Audio CD. También tenemos los materiales en Inglés, Español, Tagalo, Vietnamita y Árabe. Si usted prefiere recibir los materiales en uno de estos idiomas o en otro formato por favor comuníquese con Servicios a Participantes y avíseles.
- ➔ Si usted tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ➔ La oficina del Ombuds de Medi-Cal ayuda a resolver problemas al tomar un punto de vista neutral para garantizar que nuestros participantes reciben todos los servicios cubiertos medicamente necesarios y que son cubiertos por el plan. El Ombuds no tomara lados de las quejas. Ellos consideran todos los lados de una manera imparcial y objetiva.

## **May karapatan na makakuha ng impormasyon sa isang paraan na akma sa inyong pangangailangan**

Kailangan naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maaari mong maunawaan. Kailangan naming sabihin sa iyo ang tungkol sa inyong mga karapatan ng bawat taon na kayo ay nasa aming mga plano.

- ➔ Upang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maaari mong maunawaan, tumawag sa Serbisyo sa Kasapi. Ang aming mga plano ay may mga tao na maaaring sagutin ang mga katanungan sa iba't-ibang mga wika.
- ➔ Ang aming mga plano ay maaari ding magbigay sa iyo ng mga materyales sa mga wikang maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, Braille, o audio. Mayroon kaming mga materyales sa Ingles, Espanyol, Tagalog, Vietnamese at Arabic. Kung ang iyong mga kagustuhan ay upang laging tumanggap ng mga materyales sa isa sa mga

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



wika o sa isa pang format ugnayan mangyaring Serbisyo sa Kasapi at ipaalam sa kanila ng mga ito.

- ➔ Kung ikaw ay nakakaranas ng problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming mga plano dahil sa problema sa wika o kapansanan at gusto mong magsampa ng reklamo, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY 1-877-486-2048.
- ➔ Ang Medi-Cal Managed Care Office of the Ombuds tumutulong na malutas ang mga problema sa form ng isang neutral na paninindigan upang matiyak na ang aming mga miyembro ay makakatanggap ng lahat medikal na kinakailangan sakop na serbisyo para sa kung saan plano ay nakakontra responsable. Ang Ombuds ay hindi awtomatikong kumampi sa isang reklamo. Isalang-alang nila ang lahat ng panig sa isang walang kinikilingan at layunin na paraan.

### **Bạn có quyền để có được thông tin một cách đáp ứng nhu cầu của bạn**

Chúng tôi phải nói với bạn về những lợi ích của chương trình và các quyền của mình theo một cách mà bạn có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho bạn biết về các quyền của mình mỗi năm mà bạn đang ở trong kế hoạch của chúng tôi.

- ➔ Để có được thông tin một cách mà bạn có thể hiểu, hãy gọi Dịch Vụ Hội Viên. Kế hoạch của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi trong các ngôn ngữ khác nhau.
- ➔ Kế hoạch của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho bạn các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và trong các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi, hoặc âm thanh. Chúng tôi có những tài liệu bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog, tiếng Việt và tiếng Ả Rập. Nếu sở thích của bạn là luôn luôn nhận được các vật liệu trong một trong những ngôn ngữ hoặc trong một định dạng xin vui lòng liên hệ Dịch Vụ Hội Viên và thông báo cho họ về điều này.
- ➔ Nếu bạn đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc khuyết tật và bạn muốn nộp đơn khiếu nại, xin gọi Medicare tại số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Bạn có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.
- ➔ Văn phòng Chăm sóc Medi-Cal quản lý của Ombuds sẽ giúp giải quyết vấn đề hình thành một quan điểm trung lập để đảm bảo rằng các thành viên của chúng tôi nhận được tất cả các dịch vụ bảo hiểm y tế cần thiết cho kế hoạch đó phải chịu trách nhiệm theo hợp đồng. Thanh tra sẽ không được tự động lấy bên trong đơn khiếu nại. Họ xem xét tất cả các bên trong một cách vô tư và khách quan.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



**احتياجاتك تلبي بطريقة المعلومات على الحصول في الحق لديك**

- ➔ أن عام كل في حقوقك عن لكم نقول أن يجب. نفهم أن يمكن التي الطريقة هذه في وحقوقك الخطة فوائد عن لكم نقول أن يجب أن يجب أن  
خطتنا في كنت.
- ➔ يمكن الذين الأشخاص لديها خطة. الأعضاء خدمات استدعاء نفهم، أن يمكن التي الطريقة في المعلومات على للحصول    
مختلفة لغات في الأسئلة على الإجابة
- ➔ الصوت أو برايل، وطريقة الكبيرة، الطباعة مثل والأشكال الإنجليزية غير أخرى بلغات المواد تعطيك أيضا خطتنا يمكن    
من واحدة في المواد دائما تتلقى أن هي تفضيلاتك أن لو. والعربية والفيتنامية التغالوغ الإسبانية، الإنجليزية، اللغة في مواد لدينا  
هذا على واطلاعهم الأعضاء خدمات الاتصال يرجى آخر شكل في أو اللغات هذه
- ➔ شكوى، تقديم في وترغب الإعاقة، أو اللغة مشاكل بسبب خطتنا من المعلومات على الحصول في صعوبة تواجه كنت إذا   
في أيام سبعة اليوم، في ساعة 24 الاتصال يمكنك. (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE في الطبية والدعوة  
1-877-486-2048 الاتصال TTY المستخدمين على يجب. الأسبوع

جميع تلقي أعضائنا لضمان محايدة نظر وجهة تشكل المشاكل حل المظالم أمين المدارة Medi-Cal برنامج رعاية مكتب يساعد  
يعتبرونه. الشكوى في تلقائيا تتحاز لا المظالم وأمين. تعاقديا مسؤولة خطط التي الطبية الناحية من ضرورية المشمولة الخدمات  
وموضوعية محايدة بطريقة الأطراف جميع



## B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Debemos cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No ejercemos discriminación** contra los miembros por ninguno de los motivos siguientes:

- Edad
- Apelaciones
- Conducta o comportamiento
- Antecedentes de reclamaciones
- Origen étnico
- Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés)
- Información genética
- Identidad de género
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Antecedentes personales patológicos
- Capacidad mental
- Discapacidad mental o física
- País de origen
- Raza
- Recepción de atención médica
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

En virtud de las reglas de nuestro plan, usted tiene el derecho de no estar sometido a ningún tipo de restricción o aislamiento físico que pudiera usarse como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos.

➔ Para obtener más información, o si tiene alguna inquietud con respecto a 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 (TTY 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

➔ También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

### Office for Civil Rights

1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

U.S. Department of Health And Human Services

90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- ➔ Si usted tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, por ejemplo, un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.



---

## C. Debemos garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en nuestra red. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con nosotros.
  - » Llame a Servicio al Cliente o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Las mujeres tienen el derecho de ir a un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. Una *remisión* es una orden por escrito de su proveedor de atención primaria.
- Usted tiene el derecho de recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
  - » Esto incluye el derecho de recibir servicios de especialistas de manera oportuna.
- Tiene el derecho de recibir servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin aprobación previa.
- Tiene el derecho de que le surtan sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.
- Tiene el derecho de saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Si desea saber más sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D, en la página 34.
- Cuando recién ingresa en nuestro plan, usted tiene el derecho de conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales hasta por 12 meses si se cumplen determinados criterios. Para obtener más información sobre la manera de conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el Capítulo 1, Sección F, en la página 6.
- Usted tiene el derecho de contratar, despedir y dirigir al proveedor de sus Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés).

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- Tiene el derecho de tener autonomía para decidir sobre los servicios que reciba para su cuidado con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención personal.

El Capítulo 9, Sección 5, en la página 151 indica lo que usted puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. El Capítulo 9, Sección 5, en la página 151 también le indica qué puede hacer si le hemos negado la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

## D. Estamos obligados a proteger su información de salud personal:

Protegemos su información de salud personal conforme lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información de salud personal incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También comprende sus historias clínicas y demás información médica y de salud.
- Usted tiene derecho a obtener información y controlar la manera en que se utiliza su información de salud. Nosotros le entregamos un aviso por escrito en el cual le informamos estos derechos y en el que también le explicamos la manera en que protegemos la privacidad de su información de salud. Este aviso se conoce como “Aviso de prácticas de privacidad”.

### La manera en que protegemos su información de salud

- Nos aseguraremos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o cambiar sus archivos.
- En la mayoría de las situaciones, no brindamos su información de salud a ninguna persona que no le esté brindando atención ni esté pagando por ella. Si lo hacemos, *tenemos la obligación de obtener primero su autorización por escrito*. La autorización por escrito la puede dar usted o alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertos casos en los cuales no es necesario que obtengamos su autorización por escrito primero. Estas excepciones son las que la ley permita o exija.
  - » Tenemos la obligación de divulgar información de salud a organismos gubernamentales que verifican la calidad de nuestra atención.
  - » Estamos obligados a divulgar información de salud por orden judicial.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » Estamos obligados a proporcionar a Medicare la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, ello se hará de conformidad con las leyes federales. Lo mismo se aplica a Medi-Cal.

### **Usted tiene derecho a ver sus historias clínicas**

- Tiene el derecho de ver sus historias clínicas y de obtener una copia de sus archivos. Se nos permite cobrarle una cuota por hacerle una copia de sus historias clínicas.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus historias clínicas. Si nos pide que hagamos esto, nos coordinaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.
- Tiene el derecho de saber si su información de salud ha sido compartida con terceros y de qué manera se ha hecho.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

---

## **E. Debemos darle información acerca de nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos**

Como miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, usted tiene el derecho de obtener información de parte nuestra. Si no habla inglés, tenemos servicios de intérpretes para responder a cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, solo debe llamarnos al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Este es un servicio gratuito para usted. Esta información también está disponible en otros idiomas, por ejemplo en español, vietnamita, tagalo y árabe. También podemos darle información en letra grande, braille o CD de audio.

Si desea recibir cualquiera de la siguiente información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de plan**
- **Información sobre nuestro plan, lo que incluye:**
  - » Información financiera
  - » Cómo hemos sido calificados por los miembros del plan
  - » El número de apelaciones presentadas por los miembros
  - » Cómo retirarse de nuestro plan
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red, lo que incluye:**

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » Cómo escoger o cambiar los proveedores de atención primaria
- » Las cualificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
- » La manera en que les pagamos a los proveedores de nuestra red
- **Información sobre los servicios y los medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, lo que incluye:**
  - » Servicios y medicamentos cubiertos por nuestro plan
  - » Límites a su cobertura y sus medicamentos
  - » Reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto, lo que incluye:**
  - » Pedirnos que pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
  - » Pedirnos que cambiemos la decisión que tomamos
  - » Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió

---

## **F. Los proveedores de la red no pueden facturarle a usted directamente**

Los médicos, hospitales y demás proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco le pueden cobrar si nosotros pagamos menos de lo que cobró el proveedor. Para saber qué hacer en caso de que un proveedor de la red intente cobrarle los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, en la página 122.

---

## **G. Usted tiene derecho a retirarse de nuestro plan Cal MediConnect en cualquier momento**

Nadie puede hacer que usted se quede en nuestro plan si usted no lo desea. Usted puede retirarse de nuestro plan en cualquier momento. Si se retira de nuestro plan, usted seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que reúna las condiciones. Tiene el derecho de obtener la mayoría de sus servicios de salud a través de Original Medicare o de un plan de Medicare Advantage. Puede obtener sus beneficios de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de venta con receta médica o de un plan de Medicare Advantage. Sus beneficios de Medi-Cal se le seguirán ofreciendo a través de Community Health Group, a menos que elija un plan diferente disponible en este condado.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cómo retirarse de nuestro plan.

---

## H. Usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica

### Tiene el derecho de conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene el derecho de obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe los servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de manera que usted las pueda entender*.

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a recibir información sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informen los riesgos implicados. Se le debe informar con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene el derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Puede obtener una segunda opinión.** Tiene el derecho de ver a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Puede decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de irse del hospital u otro establecimiento médico, aun cuando su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no será retirado de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le ha negado la atención.** Tiene el derecho de recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le ha negado atención que usted considera que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que por lo general no se cubre.** A esto se le llama una decisión de cobertura. En el Capítulo 9, Sección 4.2, en la página 148 se señala cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

### Tiene el derecho de informar qué quiere que suceda si está incapacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas están incapacitadas para tomar decisiones médicas por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede hacer lo siguiente:

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Llenar un formulario por escrito **para darle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si queda incapacitado para tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se denomina *instrucciones anticipadas*. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas con diferentes nombres. Ejemplos de estas son el *testamento en vida* y el *poder notarial para la atención médica*.

Usted no debe usar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario con su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que les dan información a las personas acerca de Medicare o Medi-Cal, tales como el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés), también suelen tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar que un abogado le ayude a redactarlo.
- **Entrégueles copias a las personas que deban saber sobre este.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que designe como la que tomará las decisiones por usted. Tal vez también quiera entregar copias a sus amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de conservar una copia en casa.

Si va a ser hospitalizado y usted ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve una copia de este al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital cuenta con formularios a su disposición y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, firmar o no firmar un formulario de instrucciones anticipadas es decisión de usted.**

### Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y considera que ni el médico ni el hospital siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar una reclamación ante la **Oficina del Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal** (Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman). Puede llamar al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## I. Usted tiene el derecho de presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 señala lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Tiene el derecho de obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente.

### Lo que puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si considera que ha sido tratado injustamente, y esto *no* es cuestión de discriminación por los motivos señalados en la página 131 de este Capítulo, usted puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente**.
- Puede llamar al **Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) de su localidad**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, en la página 21.
- Puede llamar al **Programa Ombuds de Cal MediConnect**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I, en la página 25.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente**.
- Puede llamar al **Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) de su localidad**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, en la página 21.
- Puede llamar al **Programa Ombuds de Cal MediConnect**. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I, en la página 25.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- **Puede comunicarse con Medicare.**
  - » Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar el documento “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (Vaya a <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
  - » O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## J. Usted también tiene responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se señalan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Lea el *Manual para Miembros* para saber qué está cubierto y qué reglas necesita usted seguir para obtener los servicios y los medicamentos cubiertos.**
  - » Para conocer los detalles sobre sus servicios cubiertos, consulte el Capítulo 3, Sección A, en la página 32, y el Capítulo 4, Sección D, en la página 50. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué es lo que usted paga.
  - » Para obtener detalles sobre sus servicios cubiertos, consulte el Capítulo 5, a partir de la página 96, y el Capítulo 6, Sección B, a partir de la página 112.
- **Infórmenos de cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de venta con receta médica que usted tenga.** Tenemos la obligación de asegurar que usted esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Si tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayúdeles a su médico y a otros proveedores de atención médica para que le brinden la mejor atención.**
  - » Deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores han acordado.
  - » Asegúrese de que sus médicos y demás proveedores estén enterados de todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos de venta con receta médica, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » Si tiene alguna pregunta, asegúrese de consultar. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una forma que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en el consultorio de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
  - » Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, Medi-Cal paga las primas de la Parte A y las primas de la Parte B.
  - » Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total.
  - ➔ Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección 5, en la página 151 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Avísenos si se muda de casa.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicio al Cliente.
  - » **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá ser miembro de nuestro plan.** El Capítulo 1, Sección D, en la página 5 le informa sobre nuestra área de servicio. Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y a Medi-Cal de su nueva dirección una vez que se mude. En el Capítulo 2, en la Sección G, en la página 23 y en la Sección H, en la página 24, puede consultar los números de teléfono de Medicare y de Medi-Cal.
  - » **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también lo necesitamos saber.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**





## Capítulo 9: Lo que puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### ¿Qué contiene este capítulo?

---

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si se dan alguna de las siguientes situaciones:

- tiene un problema con su plan o una queja sobre este;
- necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará;
- no está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención;
- considera que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto;
- tiene un problema o queja con sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés), Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés), Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés) y servicios en Centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

**Si tiene un problema o una inquietud, únicamente necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación.** Este capítulo se desglosa en distintas secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

### Si enfrenta un problema con su salud o sus servicios y apoyos a largo plazo

---

Usted deberá obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si está teniendo un problema con su atención, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero usted siempre puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect para que lo ayuden y lo guíen a través de su problema.

---

**Si tiene preguntas,** llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Índice

¿Qué contiene este capítulo? .....	153
Si enfrenta un problema con su salud o sus servicios y apoyos a largo plazo .....	153
Sección 1: Introducción.....	157
Sección 1.1: Lo que puede hacer si tiene un problema .....	157
Sección 1.2: ¿Qué pasa con los términos legales? .....	157
Sección 2: A dónde llamar para pedir ayuda .....	158
Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda.....	158
Sección 3: Problemas con sus beneficios .....	160
Sección 3.1: ¿Debería usted utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea poner una queja? .....	160
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones .....	161
Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones .....	161
Sección 4.2: Cómo obtener ayuda para decisiones de cobertura y apelaciones.....	161
Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará? .....	162
Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D).....	165
Sección 5.1: Cuándo debe usar esta sección.....	165
Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	166
Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D).....	169
Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D).....	173
Sección 5.5: Apelación de la decisión de un condado con respecto a las horas autorizadas para los beneficios de IHSS .....	179
Sección 5.6: Problemas en cuanto al pago.....	180

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Sección 6: Medicamentos de la Parte D .....	183
Sección 6.1: Lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D .....	183
Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....	185
Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer sobre las solicitudes de excepción.....	186
Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso para un medicamento de la Parte D, incluida una excepción.....	187
Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D .....	191
Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D .....	193
Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada.....	196
Sección 7.1: Para conocer sus derechos de Medicare .....	196
Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	197
Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	200
Sección 7.4: ¿Qué sucede si se me pasa la fecha límite para una apelación? .....	201
Sección 8: Lo que puede hacer si considera que sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto .....	204
Sección 8.1: Le notificaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura .....	204
Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención .....	205
Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención .....	207
Sección 8.4: ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1? .....	209
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 .....	212
Sección 9.1: Los pasos siguientes para los servicios y los artículos de Medicare .....	212
Sección 9.2: Los pasos siguientes para los servicios y los artículos de Medi-Cal.....	212
Sección 10: Cómo poner una queja.....	214

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Sección 10.1: Quejas internas .....	216
Sección 10.2: Quejas externas .....	218

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 1: Introducción

---

### Sección 1.1: Lo que puede hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica lo que debe hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o el pago. Medicare y Medi-Cal han aprobado estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos con los que usted y nosotros debemos cumplir.

### Sección 1.2: ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por tal motivo, hemos utilizado palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “poner una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”
- “decisión rápida de cobertura” en vez de “determinación expedita”

Conocer los términos legales formales puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, así que también los proporcionamos aquí.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 2: A dónde llamar para pedir ayuda

---

### Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

A veces, iniciar o seguir el proceso para tratar un problema puede ser confuso. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, usted puede no contar con el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

#### Usted puede obtener ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect. El Programa Ombuds de Cal MediConnect puede responder a sus preguntas y ayudarle a entender lo que debe hacer para manejar su problema. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Le pueden ayudar a entender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono del Programa Ombuds de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

#### Usted puede obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico

También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés). Los consejeros del HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender lo que debe hacer para tratar su problema. HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

#### Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para solicitar ayuda para tratar los problemas. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  
TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

#### Puede obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

*El siguiente párrafo es una divulgación obligatoria en virtud del Código de Salud y Seguridad de California, sección 1368.02(b). En este párrafo, el término "queja formal" se refiere a una apelación o queja con respecto a los servicios de Medi-Cal.*

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los servicios de los planes de atención de la salud. Si tiene alguna queja formal en contra de su plan de salud, primero comuníquese por teléfono con su plan de salud llamando al 1-888-244-4430, los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584, y utilice el sistema de su plan de salud para presentar quejas formales antes de ponerse en contacto con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, con una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o con una queja formal que continúe sin ser resuelta por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne las condiciones para una revisión médica independiente, este procedimiento proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuestos, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de las controversias por pagos de servicios médicos en casos de emergencia o necesarios de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio en Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### **Usted puede obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) denominada Livanta**

Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

Usted puede comunicarse con Livanta llamando al 1-877-588-1123. También puede visitar su sitio web en [www.bfccqioarea5.com](http://www.bfccqioarea5.com).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Sección 3: Problemas con sus beneficios

### Sección 3.1: ¿Debería usted utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea poner una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, únicamente necesita leer las partes de este capítulo que aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas.

<p><b>¿Tiene que ver su problema o inquietud con sus beneficios o su cobertura?</b></p> <p>(Esto incluye problemas con respecto a si la atención médica particular, los servicios y apoyos a largo plazo, o los medicamentos de venta con receta médica tienen cobertura o no, a la forma en la que están cubiertos, y a los problemas relacionados con el pago de la atención médica o de los medicamentos de venta con receta médica).</p>	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Diríjase a la <b>Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> en la página 148.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema <u>no</u> es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Vaya directamente a la <b>Sección 10: “Cómo poner una queja”</b> en la página 191.</p>

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





---

## Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

---

### Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones tiene que ver con los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago. Usted no es responsable de los costos de Medicare, a excepción de los copagos de la Parte D.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una *decisión de cobertura* es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué se le cubre a usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, un artículo o un medicamento están cubiertos por Medicare o Medi-Cal, ya sea usted o su médico pueden pedir una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, el artículo o el medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted desea no están cubiertos o ya no están cubiertos por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

### Sección 4.2: Cómo obtener ayuda para decisiones de cobertura y apelaciones

#### ¿A quién puedo llamar para pedir ayuda con la manera de solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas o instancias:

- Llame a **Servicio al Cliente** al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Comuníquese con el **Programa Ombuds de Cal MediConnect** para recibir ayuda gratuita. El Programa Ombuds de Cal MediConnect ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas de servicios o de facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Comuníquese con el **Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP)** para recibir ayuda gratuita. HICAP es una organización independiente. No tiene relación con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés)** para recibir ayuda gratuita. El DMHC es responsable de reglamentar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o los problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas o tienen problemas de audición o del habla pueden utilizar el número TDD gratuito, 1-877-688-9891.
- Llame a su **oficina local de servicios sociales del condado** si tiene preguntas sobre las decisiones de cobertura para los Servicios de apoyo en casa (IHSS). El número de teléfono es 1-800-510-2020.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en nombre de usted.
- Hable con un **amigo o un familiar** y pídeles que actúen en su nombre. Usted puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - » Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario “Appointment of a Representative” (Nombramiento de representante). También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). El formulario le otorga permiso a la persona para que actúe por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otros servicios de referencias. Algunos grupos jurídicos le prestarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, tendrá que llenar el formulario de nombramiento de representante.

No obstante, **no necesita contar con un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

### **Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?**

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Separamos este capítulo en

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que usted debe seguir. **Tiene que leer únicamente la sección que corresponda a su problema:**

- La **Sección 5 en la página 151** le brinda información si tiene problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - No recibe la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
  - No hemos aprobado los servicios, los artículos o los medicamentos que su médico quiere darle, y usted cree que se debería cubrir esta atención.
    - **NOTA:** Utilice la Sección 5 únicamente si se trata de medicamentos **no** cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que aparecen en la *Lista de medicamentos cubiertos* con un asterisco (\*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 166 con relación a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Recibió atención o servicios médicos que usted considera que deberían estar cubiertos, pero nosotros no los estamos pagando.
  - Obtuvo y pagó servicios médicos o artículos que usted pensaba que estaban cubiertos y ahora quiere pedirnos que le demos un reembolso.
  - Se le ha informado que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), usted deberá leer otra sección distinta de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 176 y 183.
  - Se le ha dicho que se reducirán las horas de sus Servicios de apoyo en casa (IHSS).
- La **Sección 6 en la página 166** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
  - Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Quiere pedirnos que no apliquemos límites a la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere una aprobación previa.
  - No hemos aprobado su solicitud o la excepción, y usted o su médico u otro profesional de la salud que expida la receta consideran que deberíamos haberlas aprobado.
  - Quiere pedirnos que paguemos un medicamento de venta con receta médica que usted ya compró. (Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago).
- La **Sección 7 en la página 176** le brinda información sobre cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
    - Está en el hospital y considera que el médico le pidió que deje el hospital demasiado pronto.
  - La **Sección 8 en la página 183** le brinda información si considera que sus servicios de atención médica a domicilio, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.

**Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.**

**Si necesita otro tipo de ayuda o información, comuníquese con el Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

---

### Sección 5.1: Cuándo debe usar esta sección

Esta sección trata de lo que usted debe hacer si tiene problemas con sus beneficios de servicios médicos, de salud conductual y de los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés). También puede usar esta sección por problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos cubiertos con un asterisco (\*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección 6 con relación a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- 1. Usted considera que cubrimos servicios médicos, de salud conductual o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que usted necesita pero no está recibiendo.**

**Lo que puede hacer:** Usted puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2 en la página 152 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

- 2. No hemos aprobado la atención que su médico quiere darle, y usted cree que la deberíamos haber aprobado.**

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Vaya a la Sección 5.3 en la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- 3. Obtuvo servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos.**

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3 en la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- 4. Obtuvo y pagó servicios o artículos que pensaba que estaban cubiertos y ahora quiere que le reembolsemos el costo de los servicios o artículos.**

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Vaya a la Sección 5.6 en la página 163 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## 5. Hemos reducido o interrumpido su cobertura de un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Vaya a la Sección 5.3 en la página 154 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es por atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 176 y 183 para obtener más información.

## 6. Se le negaron o redujeron las horas de sus Servicios de apoyo en casa (IHSS), y usted no está de acuerdo con la decisión.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar la decisión del condado de negar o reducir las horas de los IHSS mediante la solicitud de una Audiencia imparcial estatal. Vaya a la Sección 5.5 en la página 163 para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal.

**NOTA:** Las horas de los IHSS las determina su trabajador social del condado, no nuestro plan. El trabajador social del condado evaluará los tipos de servicios que usted necesita y el número de horas que el condado autorizará para cada uno de estos servicios. Si tiene preguntas sobre sus horas de los IHSS, vaya a la Sección 5.5 en la página 163.

### Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

***Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud conductual o determinados servicios y apoyos a largo plazo (servicios MSSP, CBAS o NF)***

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba o envíenos un fax, o pídale a su representante o al médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-888-244-4430. TTY: 1-855-266-4584.
- Puede enviarnos un fax al: 619-426-9437.
- Puede escribirnos a:

**Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect**  
2420 Fenton Street, Suite 100  
Chula Vista, CA 91914

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



**¿Cuánto demora la obtención de una decisión de cobertura?**

Por lo general, tarda hasta 14 días calendario (o naturales) después de que usted la haya pedido. Si no le damos nuestra decisión dentro del período de 14 días naturales, usted puede apelar.

- ➔ A veces necesitamos más tiempo y, en tal caso, le enviaremos una carta para informarle que tenemos que tomar hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué se necesita más tiempo.

**¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?**

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápido debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y, en tal caso, le enviaremos una carta para informarle que tenemos que tomar hasta 14 días naturales más. En la carta le explicaremos por qué se necesita más tiempo.

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

**Cómo solicitar una decisión rápida de cobertura:**

- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura, comience llamando o enviándole un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584, o enviarnos un fax al 619-426-9437. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección B, página 17.
- También puede pedirles a su médico o a su representante que nos llamen.

**Estas son las reglas para solicitar una decisión rápida de cobertura:**

Debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión rápida de cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si está solicitando la cobertura de atención médica o de un artículo *que todavía no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención o un artículo que ya obtuvo).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



2. Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si el plazo normal de 14 días naturales podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.

- ➔ **Si su médico indica que usted necesita una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos una automáticamente.**
- ➔ Si usted solicita una decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si se la damos.
  - Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días naturales en su lugar.
  - En esta carta se le informará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una.
  - En la carta también se le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 191.

### **Si la decisión de cobertura es Sí, ¿cuándo recibiré el servicio o el artículo?**

Usted recibirá una aprobación (preautorizada) para obtener el servicio o el artículo en el plazo de 14 días naturales (para una decisión estándar de cobertura) o de 72 horas (para una decisión rápida de cobertura) a partir del momento en que la pidió. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura a más tardar al final de ese período extendido.

### **Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo voy a saber?**

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta para informarle de nuestras razones para decir que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de negar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la sección a continuación para obtener más información).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

### ¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

En la mayoría de los casos, usted debe iniciar su apelación en el nivel 1. **No obstante, no está obligado a iniciar su apelación en el nivel 1 por servicios de Medi-Cal que incluyan servicios y apoyos a largo plazo.** Si no desea apelar primero al plan por servicios de Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia imparcial estatal o, en casos especiales, una Revisión médica independiente. Vaya a la página 158 para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión inicial de cobertura. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le informamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso puede avanzar a una apelación de nivel 2.

### ¿Cómo hago una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede llamarnos al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Para conocer más detalles sobre cómo

#### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 1**

Usted, su médico o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación por vía telefónica.

- Pídala **en un plazo de 90 días naturales** a partir de la decisión que usted desea apelar. Si se le pasa la fecha límite por una razón justificada, todavía puede apelar (consulte la página 156).
  - Si usted presenta una apelación porque le hemos informado que cambiaremos o suspenderemos un servicio que usted recibe actualmente, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su apelación esté en proceso (consulte la página 156).
- ➔ Continúe leyendo esta sección para conocer qué plazo tiene para apelar.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



comunicarse con nosotros para las apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 14.

- Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si va a solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
- Puede enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

**Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect**

2420 Fenton Street, Suite 100  
Chula Vista, CA 91914

- Puede enviar su solicitud por Internet a: [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).
- También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Le enviaremos una carta dentro de 5 días naturales de haber recibido su apelación, para hacerle saber que la recibimos.

***El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración expedita”.***

### ¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación en su nombre. Asimismo, alguien además de su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted, pero primero usted debe llenar un formulario de Nombramiento de representante. El formulario le otorga permiso a la otra persona para que actúe por usted.

Para obtener un formulario de Nombramiento de representante, llame a Servicio al Cliente y solicite uno, o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

- ➔ Si la apelación viene de alguien que no sea usted o su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Nombramiento de representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Debe solicitar una apelación **dentro de los 90 días naturales** de la fecha que aparece en la carta que le enviamos informándole nuestra decisión.

Si deja pasar este plazo sin presentar la apelación y tiene una razón justificada para no haberlo hecho dentro del plazo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una razón justificada son los siguientes: usted sufrió una enfermedad grave, o le hemos brindado información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.

➔ **NOTA:** Si usted presenta una apelación porque le hemos informado que cambiaremos o suspenderemos un servicio que usted recibe actualmente, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su apelación esté en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 158 para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Solicítenos una copia llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

### ¿Puede mi médico darle más información acerca de mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Posteriormente, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando le dimos la respuesta de **No** a su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión inicial.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su médico.

### ¿Cuándo sabré acerca de una decisión “estándar” sobre la apelación?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de 30 días naturales después de haber recibido su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información, podemos tardar hasta 14 días naturales más. Si decidimos utilizar días extra para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.
- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 191 de este capítulo.

- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 30 días naturales o para el final de los días extra (si los utilizamos), enviaremos su caso automáticamente al nivel 2 del proceso de apelación si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, tendrá que presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 158 de este capítulo.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura dentro de los 30 días naturales de haber recibido su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) para una apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 158 de este capítulo.

### ¿Cuándo sabré acerca de una decisión “rápida” sobre la apelación?

Si pide una apelación rápida, le daremos su respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le daremos respuesta antes si su estado de salud requiere que así lo hagamos.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información, podemos tardar hasta 14 días naturales más. Si decidimos utilizar días extra para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo.
- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 191.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de 72 horas o para el final de los días extra (si los utilizamos), enviaremos su caso automáticamente al nivel 2 del proceso de apelación si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, tendrá que presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 158 de este capítulo.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o dar la cobertura dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) para una apelación de nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 158 de este capítulo.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura para un servicio o artículo que se aprobó previamente, le enviaremos una notificación antes de iniciar la acción. Si usted no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitar que continuemos con sus beneficios para el servicio o el artículo. Usted debe **realizar la solicitud en la fecha posterior entre las siguientes fechas o antes** a fin de continuar recibiendo sus beneficios:

- dentro de los 10 días a partir de la fecha de envío de nuestra notificación de acción; o
- la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción.

Si usted cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo disputado mientras su apelación se esté procesando.

### Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no los medicamentos de la Parte D)

**Si el plan dice No en el nivel 1, ¿qué sucede a continuación?**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si el servicio o el artículo están generalmente cubiertos por Medicare o Medi-Cal.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al nivel 2 del proceso de apelación en cuanto concluya la apelación de nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. En la carta se le informará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está vinculada al plan.

### **Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?**

Hay dos maneras de presentar una apelación de nivel 2 con respecto a servicios y artículos de Medi-Cal: 1) Revisión médica independiente o 2) Audiencia imparcial estatal.

#### **1) Revisión médica independiente**

Puede solicitar una Revisión médica independiente (IMR) al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR se decide a su favor, nosotros debemos darle el servicio o artículo que usted solicitó. Usted no paga nada por una IMR.

Puede solicitar una IMR si nuestro plan:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal (sin incluir IHSS) porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una enfermedad grave.
- No pagará servicios de emergencia o de urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de 30 días naturales para una apelación estándar o de 72 horas para una apelación rápida.

Puede solicitar una IMR si también ha solicitado una Audiencia imparcial estatal, pero no si ya tuvo una Audiencia imparcial estatal sobre el mismo asunto.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 154 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarle una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

- ➔ 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 e implica una amenaza inmediata y grave para su salud, usted puede llevarlo de inmediato a la atención del DMHC. El DMHC puede pasar por alto el requisito de que usted siga primero nuestro proceso de apelación en casos extraordinarios y convincentes.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** después de que le hayamos enviado una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses si determina que hubo circunstancias que impidieron que usted presentara la solicitud a tiempo.

Para solicitar una IMR:

- Complete el formulario de quejas o de Revisión médica independiente disponible en: <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>. O llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deberán llamar al 1-877-688-9891.
- Adjunte copias, si las tiene, de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que negamos. Esto puede acelerar el trámite 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 <http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/imrAuthorizationForm.pdf>. O llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deberán llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o por fax los formularios y cualquier documento adjunto a:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

Para los casos no urgentes que involucren los servicios de Medi-Cal (sin incluir IHSS), usted recibirá una decisión sobre la IMR de parte del DMHC dentro de 30 días de la recepción de

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



su solicitud y los documentos de respaldo. Para casos urgentes que impliquen un riesgo inmediato o grave para su salud, usted obtendrá una decisión sobre la IMR en un plazo de 3 a 7 días.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, todavía puede pedir una Audiencia imparcial estatal.

Si el DMHC decide que su caso no reúne las condiciones para recibir una IMR, el DMHC revisará su caso mediante su proceso regular de queja del consumidor.

## 2) Audiencia imparcial estatal

Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal en cualquier momento por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal (incluidos los IHSS). Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no vamos a aprobar, o si no seguiremos pagando un servicio o artículo que ya tiene, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia imparcial estatal.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 90 días para solicitar una Audiencia imparcial estatal** después de que se le haya enviado por correo el aviso de “Sus derechos de audiencia” (“Your Hearing Rights”).

➔ **NOTA:** Si usted solicita una Audiencia imparcial estatal porque le hemos informado que cambiaremos o suspenderemos un servicio que usted recibe actualmente, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras su Audiencia imparcial estatal esté pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?” en la página 161 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia imparcial estatal:

1. Puede llenar la “Solicitud de audiencia imparcial estatal” en la parte posterior de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que inició la acción en su contra, el (los) programa(s) de ayuda involucrado(s), y una razón detallada por la cual desea una audiencia. Luego puede enviar su solicitud de una de las siguientes maneras:
  - Al departamento de asistencia pública del condado, a la dirección indicada en el aviso.
  - Al Departamento de Servicios Sociales de California:  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-651-5210 o 916-651-2789.
2. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TDD deberán llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia imparcial estatal por teléfono, deberá tener presente que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

### **Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué pasará en la apelación de nivel 2?**

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) hará una revisión minuciosa de la decisión de nivel 1 y decidirá si debería cambiarse.

- Usted no tiene que solicitar la apelación de nivel 2. Nosotros enviaremos automáticamente cualquier negativa (en su totalidad o en parte) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
  - La IRE es contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
  - Puede solicitarnos una copia de su archivo llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- ➔ La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 30 días naturales de haber recibido su apelación. Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener los servicios médicos o los artículos.
- » Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que podría beneficiarle, esto podría tardar hasta 14 días naturales más. Si la IRE necesita más tiempo para tomar una decisión, se lo notificará por carta.
- ➔ Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- » Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que podría beneficiarle, esto podría tardar hasta 14 días naturales más. Si la IRE necesita más tiempo para tomar una decisión, se lo notificará por carta.

### **¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?**

Si su problema es acerca de un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Si su problema es acerca de un servicio o un artículo cubiertos por Medi-Cal y usted solicita una Audiencia imparcial estatal, sus beneficios de Medi-Cal para ese servicio o artículo pueden continuar hasta que la audiencia tome una decisión. Usted debe solicitar una audiencia **en la fecha posterior entre las siguientes fechas o antes** a fin de continuar recibiendo sus beneficios:

- dentro de los 10 días a partir de la fecha de envío de nuestra notificación de acción; o
- la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción.

Si usted cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo disputado hasta que se tome la decisión sobre la audiencia.

### ¿Cómo me enteraré sobre la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fue una Revisión médica independiente, el Departamento de Atención Médica Administrada le enviará una carta en la cual explicará la decisión tomada por los médicos que revisaron su caso.

- ➔ Si la decisión de la Revisión médica independiente es **Sí** a parte o a todo lo que solicitó, debemos proporcionar el servicio o tratamiento.
- ➔ Si la decisión de la Revisión médica independiente es **No** a parte o a todo lo que solicitó, esto significa que están de acuerdo con la decisión de nivel 1. Todavía puede obtener una Audiencia imparcial estatal. Vaya a la página 160 para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal.

Si su apelación de nivel 2 fue una Audiencia imparcial estatal, el Departamento de Servicios Sociales de California le enviará una carta en la cual explicará su decisión.

- ➔ Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal es **Sí** a parte o a todo lo que solicitó, nosotros debemos aceptar y cumplir con la decisión. Debemos llevar a cabo la acción o acciones descritas dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en la que recibimos una copia de la decisión.
- ➔ Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal es **No** a parte o a todo lo que solicitó, esto significa que están de acuerdo con la decisión de nivel 1. Podemos detener cualquier ayuda pendiente de pago que usted esté recibiendo.

Si su apelación de nivel 2 fue sometida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta en la cual explicará su decisión.

- ➔ Si la IRE dice que **Sí** a parte o a todo lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de 72 horas o darle el servicio o artículo dentro de 14 días naturales a partir de la fecha en la que hayamos recibido la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



médica o darle el servicio o artículo dentro de 72 horas a partir de la fecha en la que hayamos recibido la decisión de la IRE.

- ➔ Si la IRE dice **No** a parte o a todo lo que solicitó, esto significa que están de acuerdo con la decisión de nivel 1. A esto se le llama “ratificación (confirmación) de la decisión”. También se le llama “rechazo de su apelación”.

### **Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación de nivel 2 fue una Revisión médica independiente, puede solicitar una Audiencia imparcial estatal. Vaya a la página 160 de este capítulo para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia imparcial estatal.

Si su apelación de nivel 2 fue una Audiencia imparcial estatal, puede pedir una segunda audiencia dentro de los 30 días de haber recibido la decisión. También puede solicitar una revisión judicial de la denegación de la Audiencia imparcial estatal al presentar una petición ante el Tribunal Superior (en virtud de la sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) dentro del plazo de un año de haber recibido la decisión. No puede solicitar una IMR si ya tuvo una Audiencia imparcial estatal sobre el mismo asunto.

Si su apelación de nivel 2 fue sometida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea alcanza cierto monto mínimo. En la carta que reciba de la IRE se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.

Consulte la Sección 9 en la página 189 de este capítulo para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

### **Sección 5.5: Apelación de la decisión de un condado con respecto a las horas autorizadas para los beneficios de IHSS**

Los beneficios de Servicios de apoyo en casa (IHSS) los determina su trabajador social del condado, no nuestro plan. El trabajador social del condado evaluará los tipos de servicios que usted necesita y el número de horas que el condado autorizará para cada uno de estos servicios. Si desea apelar la decisión del condado con respecto a las horas autorizadas para recibir beneficios de IHSS, debe solicitar una Audiencia imparcial estatal.

Debe solicitar una Audiencia imparcial estatal **dentro de 90 días** después de la fecha de la acción o inacción del condado.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia imparcial estatal:

1. Llene la parte posterior del formulario de notificación de acción y envíelo a la dirección indicada, o envíe una carta a:

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



State Hearings Division  
Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

O BIEN

2. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de TDD deberán llamar al 1-800-952-8349.

## Sección 5.6: Problemas en cuanto al pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto aplica también incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Si un proveedor le factura cualquier cargo que nosotros no hemos abonado, eso se denomina “facturación de saldo”. Usted nunca tiene la obligación de pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura a nosotros. **No deberá pagar la factura usted mismo.** Nosotros nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: *Cómo pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación en la que nos pide el pago.

### ¿Puedo pedirles que me reembolsen un servicio o artículo por el cual yo pagué?

Recuerde que si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no deberá pagar la factura usted mismo. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si pide un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Veremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de dicho servicio o artículo dentro de 60 días naturales después de que hayamos recibido su solicitud.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



O, si usted todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto equivale a decir **Sí** a 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 en la cual le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo, y explicaremos el motivo.

### ¿Qué sucede si le decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. en la página 154 de este capítulo. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días naturales después de haber recibido su apelación.
  - Si nos está pidiendo que le reembolsemos el pago de un servicio o artículo que usted ya recibió y pagó de su bolsillo, no puede solicitar una apelación rápida.
- ➔ Si contestamos **No** a su apelación y el servicio o artículo, por lo general, está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.
- Si la IRE revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.
  - Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “ratificación [confirmación] de la decisión”. También se le llama “rechazo de su apelación”). En la carta que recibirá se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Usted puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza cierto monto mínimo. Consulte la Sección 9 en la página 189 de este capítulo para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.
- ➔ Si contestamos **No** a su apelación y el servicio o artículo, por lo general, está cubierto por Medi-Cal, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2 (consulte la Sección 5.4 en la página 158). Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una organización independiente que no está vinculada al plan. Hay dos maneras de presentar una apelación de nivel 2 con respecto a servicios y artículos de Medi-Cal:

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- 1) Revisión médica independiente (IMR), o
- 2) Audiencia imparcial estatal (consulte la Sección 5.4 de este capítulo).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 6: Medicamentos de la Parte D

---

### Sección 6.1: Lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan se incluye la cobertura para muchos medicamentos de venta con receta médica. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* incluye algunos medicamentos señalados con un asterisco (\*).
- Estos medicamentos **no** se consideran medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura relacionadas con medicamentos señalados con un asterisco (\*) siguen el proceso descrito en la **Sección 5** en la página 151 de este capítulo.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos de venta con receta médica de la Parte D?

**Sí.** Aquí le presentamos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, cuando por ejemplo:
  - » nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*;
  - » nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites a la cantidad del medicamento que usted puede recibir).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que se lo cubramos).
  - » **NOTA:** Si su farmacia le dice que no le puede surtir su receta, usted recibirá un aviso en el cual se le explica cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento de venta con receta médica que usted ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



***El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.***

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





Utilice la tabla a continuación para que le ayude a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección 6.2</b> en la página 167. También vea las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 168 y 169 de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que usted cumple con todas las reglas o restricciones (tales como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Vaya directamente a la <b>Sección 6.4</b> en la página 169 de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que usted ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya directamente a la <b>Sección 6.4</b> en la página 169 de este capítulo.</p>	<p>¿Le hemos dicho ya que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Usted puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos).</p> <p>Vaya directamente a la <b>Sección 6.5</b> en la página 172 de este capítulo.</p>

### Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es la autorización para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no aparece en nuestra Lista de medicamentos cubiertos, o para usar el medicamento sin ciertas reglas y restricciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



de medicamentos cubiertos, o si no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro profesional de la salud que expida la receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional de la salud que expida la receta pueden pedirnos que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
2. Eliminación de una restricción en nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que aparecen en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C, en la página 101).
  - Entre las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos se cuentan las siguientes:
    - » Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - » Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A esto a veces se le llama “autorización previa”).
    - » 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 escalonada”).
    - » Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que usted puede tener.

### Sección 6.3: Aspectos importantes que debe conocer sobre las solicitudes de excepción

*Al término legal para solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se le llama solicitar una “excepción al formulario”.*

**Su médico u otro profesional de la salud que expida su receta deben darnos las razones médicas**

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Su médico u otro profesional de la salud que expida su receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión con respecto a la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional de la salud que expida su receta cuando usted solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se conocen con el nombre de medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz 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.

### **Diremos Sí o No a su solicitud de excepción**

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción, por lo general, dura hasta el final del año calendario. Esto aplica siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos **No** a su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. La Sección 6.5 en la página 172 de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si le decimos que **No**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

### **Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso para un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

#### **Lo que debe hacer**

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional de la salud que expida la receta) pueden hacer esto. Puede llamarnos al 1-

#### **Vista general: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago**

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntarnos, o pídale a su representante o al médico o a otro profesional de la salud que expida la receta que nos pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión estándar de cobertura en 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días naturales.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo de su médico u otro profesional de la salud que le expida la receta.
  - Usted o su médico u otro profesional de la salud que expida la receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen resolverse en 24 horas).
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que usted califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos para la decisión.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.

- Usted o su médico (u otro profesional de la salud que expida la receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

Lea la Sección 4 en la página 148 de este capítulo para averiguar cómo dar autorización a otra persona para que actúe como su representante.

- ➔ Usted no debe otorgarle a su médico u otro profesional de la salud que expida la receta un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 122 de este manual. El Capítulo 7 describe los momentos en los que usted posiblemente necesite solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación en la que nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”. Su médico u otro profesional de la salud que expida su receta deben darnos las razones médicas de la excepción al medicamento. A esto le llamamos “declaración de apoyo”.

Su médico u otro profesional de la salud que expida la receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico o el otro profesional de la salud que expida la receta pueden darnos la información por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

### Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.
  - » Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si está solicitando un *medicamento que todavía no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos está pidiendo que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya ha comprado).
  - » Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solamente* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad funcional*.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » Si su médico u otro profesional de la salud que expida su receta nos dicen que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura, y en la carta se le explicará eso.

Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional de la salud que expida su receta), nosotros decidiremos si le damos la decisión rápida de cobertura.

Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, en su lugar usaremos los plazos estándar. Le enviaremos una carta para informarle eso. En la carta se le explicará cómo presentar una queja con respecto a nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 191 de este capítulo.

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

### Plazos establecidos para una “decisión rápida de cobertura”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa 24 horas después de haber recibido su solicitud. O bien, si está solicitando una excepción, 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional de la salud que expida la receta que respalde su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a parte o a todo lo que solicitó, debemos darle la cobertura dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico, o del profesional de la salud que expida la receta, que respalde su solicitud.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta en la cual le explicaremos por qué dijimos que **No**. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### Plazos establecidos para una “decisión estándar de cobertura” sobre un medicamento que no ha recibido todavía

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. O bien, si está solicitando una excepción, después de haber recibido la declaración de su médico o profesional de la salud que expida la receta que respalde su solicitud. Le daremos respuesta más pronto si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura dentro de 72 horas después de haber recibido su solicitud o, si está solicitando una excepción, después de haber recibido la declaración de apoyo de su médico o profesional de la salud que expida la receta.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta en la cual le explicaremos por qué dijimos que **No**. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Plazos establecidos para una “decisión estándar de cobertura” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a parte o a todo lo que solicitó, le haremos el pago a usted en un plazo de 14 días naturales.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta en la cual le explicaremos por qué dijimos que **No**. En la carta también le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro profesional de la salud que expida la receta, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si está solicitando una apelación estándar, puede presentar su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o también puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **dentro de los 60 días naturales** de la fecha de la notificación que le enviamos para comunicarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene una razón justificada para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una razón justificada para no cumplir con la fecha límite sería si usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 1**

Usted, su médico o profesional de la salud que expida la receta pueden poner su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación por vía telefónica.

- Pídala **en un plazo de 60 días naturales** a partir de la decisión que usted desea apelar. Si se le pasa la fecha límite por una razón justificada, todavía puede apelar.
  - Usted, su médico u otro profesional de la salud que le expida la receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que usted califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos para la decisión.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
  - » Si lo desea, usted y su médico u otro profesional de la salud que expida la receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

### Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que usted aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional de la salud que expida la receta deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos que se necesitan para obtener una “decisión rápida de cobertura” descritos en la Sección 6.4 en la página 169 de este capítulo.

*El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación expedita”.*

### Nuestro plan revisará su apelación y brindará nuestra decisión

- De nuevo examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando le dimos la respuesta de **No** a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional de la salud que expida la receta para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión inicial de cobertura.

### Plazos establecidos para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación, o antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos dar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta en la cual le explicaremos por qué dijimos que **No**.

### Plazos establecidos para una “apelación estándar”

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación, o antes si su estado de salud así lo requiere. Si usted cree que su estado de salud lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
  - Si no le damos nuestra decisión en 7 días naturales, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó:
- » Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar en 7 días naturales después de haber recibido su apelación.
  - » Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta en la cual le explicaremos por qué dijimos que **No** y le indicaremos cómo apelar nuestra decisión.

## Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, usted puede escoger aceptar esta decisión o presentar otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la apelación de nivel 1 le explicaremos cómo solicitar la apelación de nivel 2.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Cuando presente una apelación ante la IRE, nosotros le enviaremos a esta entidad su expediente del caso. Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE más información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente que es contratada por Medicare. No está conectada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta en la cual explicará su decisión.

### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 2**

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pídala **en un plazo de 60 días naturales** a partir de la decisión que usted desea apelar. Si se le pasa la fecha límite por una razón justificada, todavía puede apelar.
  - Usted, su médico u otro profesional de la salud que le expida la receta, o su representante pueden solicitar la apelación de nivel 2.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que usted califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre los plazos para la decisión.

***El término legal para una apelación presentada ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.***

### **Plazos establecidos para una “apelación rápida” en el nivel 2**

- Si su estado de salud lo requiere, solicítele a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE acepta darle una “apelación rápida”, debe darle respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o darle la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas de haber recibido la decisión.

### **Plazos establecidos para una “apelación estándar” en el nivel 2**

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Si usted tiene una apelación estándar en el nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación.
  - » Si la IRE dice **Sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o darle la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión.
  - » Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días naturales después de haber recibido la decisión.

### ¿Qué pasa si la Entidad de Revisión Independiente dice No a su apelación de nivel 2?

**No** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificación (confirmación) de la decisión”. También se le llama “rechazo de su apelación”.

Si usted desea pasar al nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar cierto valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. En la carta que usted reciba de la IRE se le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 7: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada

---

Cuando lo hospitalizan, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para realizar todos los preparativos para el día en que usted salga del hospital.

También le ayudarán a hacer los arreglos necesarios para toda atención que usted pueda necesitar después de que le den el alta.

- El día que sale del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, usted puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacer esa petición.

### Sección 7.1: Para conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su hospitalización, un trabajador social o una enfermera le entregarán un aviso denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Si no recibe este aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si hay algo que no entienda. El *mensaje importante* le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de las decisiones relacionadas con la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que le van a dar de alta del hospital demasiado pronto.

Deberá firmar el aviso de Medicare para indicar que lo recibió y que entiende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital puedan haberle dicho.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información contenida en él si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o a Medicare a los números que figuran anteriormente.

## Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la apelación de nivel 1 para ver si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted. En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Para presentar una apelación a fin de cambiar su fecha de alta llame a Livanta al: **1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668.**

### ¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital, a más tardar en su fecha de alta programada. *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si llama antes de salir, se le permite permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta programada *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación de parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si usted *no llama* para apelar, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta

#### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668, y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta programada.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

- ➔ Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección 7.4 en la página 180 de este capítulo.
- ➔ Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud para continuar con su hospitalización, usted también puede solicitarle una Revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 de este capítulo para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222. O puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la atención de la salud que reciben pago del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Reciben pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándar.

***El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.***

### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



de la fecha de alta programada. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo de esa manera si desea.

- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá una carta en la que le indican su fecha de alta programada. En la carta se explican las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos

*El término legal para esta explicación por escrito es “Aviso detallado de alta”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>*

que es correcto que le den de alta en esa fecha.

### ¿Qué pasa si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **Sí** a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué pasa si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **No** a su apelación, eso significa que ellos están diciendo que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura de los servicios de hospitalización terminará al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **No** y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar la continuidad de su hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted pueda tener que pagar comienza al mediodía del día posterior al momento en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces puede presentar una apelación de nivel 2.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces puede presentar una apelación de nivel 2. Tendrá que ponerse en contacto nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya dicho que **No** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668, y solicite otra revisión.

### **¿Qué sucede si la respuesta es Sí?**

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde el mediodía del día después de la decisión de su primera apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

### **¿Qué sucede si la respuesta es No?**

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y no la cambiará. En la carta que recibirá se le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha de alta programada.

Usted también podría solicitarle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 de este capítulo para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC.

### **Sección 7.4: ¿Qué sucede si se me pasa la fecha límite para una apelación?**

Si no cumple con los plazos establecidos para la apelación, hay otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas (Alternate Appeals). Pero los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

#### **Apelación alterna de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos para comprobar si la decisión acerca de cuándo debería usted dejar el hospital fue justa y si se cumplió con todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted haya pedido una “revisión rápida”.

#### **Vista general: Cómo presentar una apelación alterna de nivel 1**

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le daremos nuestra decisión en 72 horas.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud de revisión rápida es Sí**, significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- **Si nuestra respuesta a su solicitud de revisión rápida es No**, eso significa que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización termina el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - » Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de su fecha de alta programada.
- ➔ Para asegurarnos de que estuvimos siguiendo todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Cuando hacemos esto, significa que su caso se pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



***El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación expedita”.***

## **Apelación alterna de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas a partir del momento en que le hayamos dado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página 191 de este capítulo se señala cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando le dijimos que **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores, por lo general, le dan una respuesta en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que es contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la IRE dice que **Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada era adecuada desde el punto de vista médico.

En la carta que usted reciba de la IRE se le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Usted también podría solicitarle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 de este

### ***Vista general: Cómo presentar una apelación alterna de nivel 2***

Usted no tiene que hacer nada. El plan le enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



capítulo para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC. Usted puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.

---

## Sección 8: Lo que puede hacer si considera que sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto

---

Esta sección contempla *únicamente* los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio (esto no incluye los IHSS; si tiene problemas o quejas sobre los IHSS, consulte la Sección 5.5 en la página 163 de este capítulo).
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como un paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.
  - ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios cubiertos por todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.
  - ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, estamos obligados a informarle antes de que concluyan sus servicios. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### Sección 8.1: Le notificaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso como mínimo dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se conoce como *Notificación de no cobertura de Medicare*.

- En el aviso por escrito se le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- En el aviso por escrito también se le explica cómo apelar esta decisión.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Usted o su representante deberán firmar el aviso por escrito para confirmar que lo recibieron. Firmarlo **no** significa que usted esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar.

## Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su atención demasiado pronto, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de que usted comience con su apelación, debe comprender qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer. También hay plazos con los que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página 191 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud al 1-800-434-0222.

Durante una apelación de nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668. En la *Notificación de no cobertura de Medicare* también encontrará información sobre la apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Este es el aviso que usted recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

### ¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

#### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para pedirle al plan que continúe con su atención**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668, y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de salir del establecimiento o centro que le proporciona la atención y antes de su fecha de alta programada.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la atención de la salud que reciben pago del gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Reciben pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### ¿Qué debería pedir usted?

Solicíteles una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente acerca de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios.

### ¿Cuál es su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente al momento en que recibió el aviso por escrito informándole cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 187 de este capítulo.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica, usted puede solicitarle una Revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 de este capítulo para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC.

***El término legal para el aviso por escrito es “Notificación de no cobertura de Medicare”.***

*Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O vea una copia en línea en*

*<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>*

### ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo de esa manera si desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la cual les expliquen por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus historias clínicas, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha dado.
- **En un plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explica la decisión.

*El término legal para la carta en la que se le explica por qué deben terminar sus servicios es “Explicación detallada de no cobertura”.*

### ¿Qué sucede si los revisores dicen que Sí?

- Si los revisores dan el **Sí** a su apelación, entonces nosotros deberemos seguir prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si los revisores dicen que No?

- Si los revisores dan un **No** a su apelación, entonces su cobertura terminará en la fecha en la que nosotros le dijimos a usted. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, entonces usted mismo tendrá que pagar el costo total de esta atención.

## Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que **No** a la apelación, **y** usted escoge continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya terminado, puede presentar una apelación de nivel 2.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará nuevamente la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos dicen que están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668. Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya dicho que **No** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud para una apelación.

### **Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para lograr que el plan cubra su atención durante más tiempo**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123, TTY/TDD 1-855-877-6668, y solicite otra revisión.

Llame antes de salir del establecimiento o centro que le proporciona la atención y antes de su fecha de alta programada.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión dice que Sí?**

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión dice que No?**

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En la carta que recibirá se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, de la cual se encarga un juez.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





- Usted también podría solicitarle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 de este capítulo para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC. Usted puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.

### Sección 8.4: ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos establecidos para la apelación, hay otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternas (Alternate Appeals). Pero los *dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

#### Apelación alterna de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información relacionada con su atención médica a domicilio, su atención en un centro de enfermería especializada, o la atención que recibe en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión acerca de cuándo deberían terminar sus servicios fue justa y si se cumplió con todas las reglas.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted haya pedido una “revisión rápida”.
- **Si decimos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en seguir cubriendo sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si decimos que No** a su revisión rápida, eso significa que suspender sus servicios era médicamente apropiado. Nuestra cobertura termina a partir del día en que dijimos

#### Vista general: Cómo presentar una apelación alterna de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión en 72 horas.

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



que la cobertura terminaría.

- » Si continúa recibiendo los servicios después del día en que dijimos que terminarían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.
- ➔ Para asegurarnos de que estuvimos siguiendo todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

***El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “apelación expedita”.***

### **Apelación alterna de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo**

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas a partir del momento en que le hayamos dado nuestra decisión de nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 en la página 191 de este capítulo se señala cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando le dijimos que **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores, por lo general, le dan una respuesta en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente que es contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

#### ***Vista general: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención***

Usted no tiene que hacer nada. El plan le enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención. También debemos continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

En la carta que usted reciba de la IRE se le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Usted también podría solicitarle al DMHC una Revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Diríjase a la Sección 5.4 en la página 158 para obtener información sobre cómo solicitarle una Revisión médica independiente al DMHC. Usted puede solicitar una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

---

### Sección 9.1: Los pasos siguientes para los servicios y los artículos de Medicare

Si usted hizo una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para los servicios o los artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. En la carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El proceso de apelación de nivel 3 es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés). Si desea que un ALJ revise su caso, el artículo o el servicio médico que está solicitando tienen que alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un ALJ atienda su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare (Medicare Appeals Council). Después de eso, tal vez tenga derecho a solicitar a un tribunal federal que considere su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

### Sección 9.2: Los pasos siguientes para los servicios y los artículos de Medi-Cal

También tiene más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían ser cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la Audiencia imparcial estatal y desea que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia o procurar una revisión judicial, o ambas cosas.

Para solicitar una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud por escrito (una carta) a:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Esta carta debe enviarse dentro de los 30 días después de que usted haya recibido su decisión. Este plazo puede extenderse por hasta 180 días si usted tiene una razón justificada para demorarse.

En su solicitud de nueva audiencia, indique la fecha en la que recibió su decisión y la razón por la que debería concederse una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional,

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



describa la evidencia adicional y explique por qué esta no fue presentada antes y de qué manera vendría a cambiar la decisión. Puede ponerse en contacto con servicios legales para solicitar asistencia.

Para solicitar la revisión judicial, usted debe presentar una petición ante el Tribunal Superior (en virtud de la sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) dentro del plazo de un año después de haber recibido su decisión. Presente su petición ante el Tribunal Superior del condado que se mencione en su decisión. Puede presentar esta petición sin pedir una nueva audiencia. No se requiere pago de cuotas de presentación. Usted puede tener derecho a honorarios y costos razonables de abogados si el Tribunal emite una decisión final a su favor.

Si se llevó a cabo una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de esta, puede solicitar una revisión judicial, pero no puede volver a solicitar una nueva audiencia.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## Sección 10: Cómo poner una queja

---

### ¿Qué tipos de problemas deberían presentarse como quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas, tales como los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

#### **Quejas sobre la calidad**

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, por ejemplo, la atención que recibió en el hospital.

#### **Quejas sobre la privacidad**

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que es confidencial.

#### **Quejas sobre mal servicio al cliente**

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect lo trató mal.
- Usted siente que lo quieren sacar del plan.

#### **Quejas sobre la accesibilidad**

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o un proveedor.
- Su proveedor no le proporciona la adaptación razonable que usted necesita, como un intérprete de Lenguaje de Señas Estadounidense.

#### **Quejas sobre los tiempos de espera**

- Usted tiene dificultades para programar una cita, o debe esperar demasiado para lograrlo.

---

#### **Vista general: Cómo poner una queja**

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no tenga relación alguna con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente o envíenos una carta.

Existen distintas organizaciones que se encargan de las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 194 de este capítulo.

---

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Servicio al Cliente u otro personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo para atenderle.

### **Quejas sobre la limpieza**

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

### **Quejas sobre el acceso a su idioma**

- Su médico o proveedor no disponen de un intérprete para usted durante su cita.

### **Quejas sobre las comunicaciones de parte nuestra**

- Usted cree que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

### **Quejas sobre lo oportuno o puntual de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones**

- Usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted considera que, después de lograr una decisión de cobertura o apelación en su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o darle el servicio o reembolso de ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de Revisión Independiente.

***El término legal para una “queja” es “queja formal”.***

***El término legal para una “poner una queja” es “presentar una queja formal”.***

### **¿Existen distintos tipos de quejas?**

Sí. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan, que es quien la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización, a cargo de la revisión, que no está afiliada con nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430, TTY 1-855-266-4584. Las quejas relacionadas con la Parte D de Medicare deben hacerse **dentro de los 60 días naturales** después de haber tenido el problema por el que usted se quiere quejar. Todos los demás tipos de quejas deben hacerse **dentro de los 180 días naturales** después de haber tenido el problema por el que usted se quiere quejar.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicio al Cliente se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla a nosotros. Si pone su queja por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Es importante que nos comunique lo antes posible si no está satisfecho con nuestros servicios. Usted (o su representante designado) debe presentar una queja **dentro de 180 días naturales** a partir del momento en que se produjo el evento o incidente, o **dentro de 60 días naturales** si la queja está relacionada con la Parte D de Medicare. Puede hacer esto ya sea verbalmente llamando al número gratuito de nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 o para TTY al 1-855-266-4584, o puede enviarnos una queja formal por escrito. Puede enviar la queja formal por correo a la siguiente dirección:

### Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

A la atención de: Appeals Manager  
2420 Fenton Street, Suite 100  
Chula Vista, CA 91914

Si usted presenta la queja formal verbalmente, es probable que reciba una respuesta verbal. Las quejas formales que se presenten por escrito recibirán una respuesta por escrito. Nuestro personal de servicio al cliente se encuentra a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días feriados. También puede presentar la queja formal mediante nuestro fax al (619) 407-4646.

Queja formal rápida (24 horas): Usted, cualquier médico o su representante designado pueden solicitar una queja formal rápida si usted no está de acuerdo con la decisión del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect de no darle una decisión rápida sobre un problema de atención médica, o si está en desacuerdo con nuestra decisión de tomar una prórroga sobre una decisión inicial o una apelación. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect responderá a este tipo de queja formal por teléfono dentro de las 24 horas a partir del momento en que hayamos recibido su queja, y usted recibirá una carta en un plazo de tres días naturales.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





La Queja formal estándar (30 días) es cualquier otro tipo de queja. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect debe responderle a usted con la prontitud que su enfermedad lo requiera, pero a más tardar en 30 días naturales después de haber recibido su queja. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect puede extender este plazo hasta por 14 días si usted solicita la prórroga o si nosotros justificamos que necesitamos información adicional y que el retraso es en beneficio suyo.

- Si no podemos resolver su queja para el siguiente día hábil, le enviaremos una carta dentro de los 5 días naturales de haber recibido su queja haciéndole saber que la recibimos.
- Si va a presentar una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas. Si tiene un problema urgente que implique un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una “queja rápida” y le responderemos en 72 horas.

***El término legal para “queja rápida” es “queja formal expedita”.***

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentarnos una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días naturales. Si no tomamos una decisión en 30 días naturales porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado de su queja y el tiempo estimado para que usted obtenga respuesta.
- Si va a presentar una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
- Si va a presentar una queja porque nos llevó más tiempo tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Recibirá una respuesta nuestra, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Sección 10.2: Quejas externas

### Usted puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>

Medicare se toma en serio sus quejas; usaremos esta información a modo de ayuda para que mejorem la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro tipo de comentario o inquietud, o si considera que el plan no está atendiendo su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

### Usted puede informar a Medi-Cal sobre su queja

El Programa Ombuds de Cal MediConnect también ayuda a resolver los problemas desde un punto de vista neutral para asegurar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos prestar. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa Ombuds de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

### Usted puede informar al Departamento de Atención Médica Administrada de California sobre su queja

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de salud. Usted puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener asistencia con quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, si no está de acuerdo con la decisión del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect sobre su queja, o si el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect no ha resuelto su queja después de 30 días naturales.

Estas son dos maneras de obtener ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-HMO-2219. Las personas que son sordas o tienen problemas de audición o del habla pueden utilizar el número TTY gratuito, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que no lo han tratado de manera justa, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con los idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles locales a:

Michael Leoz, gerente regional  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono de voz: 1-800-368-1019  
Fax: 1-415-437-8329  
TDD: 1-800-537-7697

<http://www.hhs.gov/ocr/about-us/contact-us/index.html>

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y las secciones 54 a 55.2 de los Códigos Civiles de California. Puede comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect para solicitar ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

## Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también cuenta con dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (*sin* presentar la queja ante nosotros).
- O bien, puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos junto a ella para solucionar su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos que ejercen y otros expertos de la atención de salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número de teléfono para comunicarse con Livanta es 1-877-588-1123, TTY 1-855-887-6668.

---

**Si tiene preguntas**, llame al Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación en nuestro Plan de Cal MediConnect

---

### Índice

Introducción .....	222
A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect? .....	222
B. ¿Cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect? .....	224
C. ¿Cómo se puede inscribir en un plan de Cal MediConnect distinto? .....	224
D. Si usted se retira de nuestro plan y no desea un plan de Cal MediConnect diferente, ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medi-Cal? .....	224
Cómo obtendrá los servicios de Medicare .....	225
Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal .....	227
E. Mientras su afiliación no termine en nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....	228
F. Su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect terminará en ciertas situaciones .....	228
G. Nosotros <i>no podemos</i> pedirle que se retire de nuestro plan de Cal MediConnect por ningún motivo relacionado con su salud .....	230
H. Usted tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su afiliación en nuestro plan .....	230
I. ¿Dónde puede obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan? .....	230



---

## Introducción

En este capítulo se explican las formas en que usted puede cancelar su afiliación a nuestro Plan de Cal MediConnect y cuáles serán sus opciones de cobertura médica una vez que se retire del plan. Si se retira de nuestro plan, aun así calificará para los beneficios tanto de Medicare como de Medi-Cal.

---

### A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect?

Puede cancelar su afiliación en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect en cualquier momento. Su afiliación terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Cuando cancele su afiliación en nuestro plan, continuará estando inscrito en Community Health Group para sus servicios de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente de Cal MediConnect o un plan diferente únicamente con Medi-Cal. También puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando usted cancela su afiliación en nuestro plan.

- ➔ Para obtener información sobre las opciones de Medicare cuando se retire de nuestro plan de Cal MediConnect, consulte la tabla de la página 200 de este Capítulo.
- ➔ Para obtener información acerca de sus servicios de Medi-Cal cuando se retire de nuestro plan de Cal MediConnect, consulte la página 201 de este Capítulo.

Estas son distintas maneras en que usted puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación:

- Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Llame a Health Care Options (Opciones de Atención Médica) al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Llame al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



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



---

## B. ¿Cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect?

Si decide cancelar su afiliación, informe a Medi-Cal o a Medicare que quiere dejar el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas, con problemas de audición o trastornos del habla) deberán 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 200 de este Capítulo encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando se retire de nuestro plan.

---

## C. ¿Cómo se puede inscribir en un plan de Cal MediConnect distinto?

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos desde un solo plan, puede inscribirse en un plan de Cal MediConnect distinto.

Para inscribirse en un plan de Cal MediConnect distinto:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígalos que usted quiere dejar el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect y unirse a un plan de Cal MediConnect diferente. Si no está seguro de cuál es el plan al que desea unirse, ellos le pueden informar de otros planes en su área.

Su cobertura con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

---

## D. Si usted se retira de nuestro plan y no desea un plan de Cal MediConnect diferente, ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Medi-Cal?

Si no desea inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente después de retirarse del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## Cómo obtendrá los servicios de Medicare

Tendrá la posibilidad de elegir la forma de obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente dará por terminada su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect.

<p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un Plan de Medicare Advantage o, si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, los Programas de Atención con Todo Incluido para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud únicamente de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Automáticamente se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	---



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

<p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Automáticamente se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---



<p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Únicamente debería dejar la cobertura de medicamentos de venta con receta médica si obtiene cobertura de medicamentos por parte de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas acerca de si necesita o no cobertura de medicamentos, comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Automáticamente se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

### Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal

Si se retira de nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de Community Health Group, a menos que seleccione un plan distinto para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de salud conductual.

Si prefiere elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, necesita informar de esto a Health Care Options cuando solicite cancelar su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígalos que usted

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



quiere dejar el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect y unirse a un plan de Medi-Cal diferente. Si no está seguro de cuál es el plan al que desea unirse, ellos le pueden informar de otros planes en su área.

Cuando cancele su afiliación con nuestro plan de Cal MediConnect, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un nuevo *Manual para Miembros*, y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura de Medi-Cal.

---

## **E. Mientras su afiliación no termine en nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

Si se retira del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, puede pasar un tiempo antes de que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Consulte la página 199 para obtener más información. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

**Deberá usar las farmacias de nuestra red para que le surtan sus recetas.** Por lo general, sus medicamentos de venta con receta médica solamente están cubiertos si se los surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.

**Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, su hospitalización generalmente estará cubierta por nuestro plan de Cal MediConnect hasta que le den de alta.** Esto tendrá lugar incluso si su nueva cobertura de salud inicia antes de que le den de alta.

---

## **F. Su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect terminará en ciertas situaciones**

Estos son los casos en los que el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect debe cancelar su afiliación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no tiene derecho a Medi-Cal. Nuestro plan es para las personas que tienen derecho a Medicare y a Medi-Cal.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



- » Si se muda o realiza un viaje largo, es necesario que llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel o a prisión por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que tenga para los medicamentos de venta con receta médica.
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no reside de manera legal en los Estados Unidos.

Para poder ser un miembro de nuestro plan, usted debe ser un ciudadano estadounidense o residir de manera legal en los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne las condiciones para seguir siendo miembro según este criterio. Si usted no cumple con este requisito, lo daremos de baja.

Si usted ya no califica para Medi-Cal o sus circunstancias cambiaron y, por tal motivo, ya no es elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect durante un período adicional de un mes. Este período adicional le permitirá corregir la información concerniente a su elegibilidad si usted cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nuestra parte concerniente al cambio en su estado de elegibilidad con instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

- Para continuar siendo un miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, usted debe reunir los requisitos nuevamente antes del último día del período de un mes.
- Si usted no reúne los requisitos para cuando termine el período de un mes, se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

Podemos hacer que se retire de nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si usted intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de forma indisciplinada y esto hace que nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
  - » Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.



---

## **G. Nosotros *no podemos* pedirle que se retire de nuestro plan de Cal MediConnect por ningún motivo relacionado con su salud**

Si siente que le están pidiendo que salga de nuestro plan por una razón relacionada con su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

---

## **H. Usted tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su afiliación en nuestro plan**

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect, debemos informarle por escrito nuestros motivos para dar por terminada su afiliación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o hacer un queja sobre nuestra decisión para cancelar su afiliación. Además puede consultar el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

---

## **I. ¿Dónde puede obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan?**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584.
- Llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



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



## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Índice

A. Aviso sobre leyes .....	232
B. Aviso sobre la no discriminación .....	232
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso .....	233
D. Aviso de acción .....	233

---

### A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del participante*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en este manual. Las principales leyes que rigen este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Otras leyes federales y estatales se pueden aplicar también.

---

### B. Aviso sobre la no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes. Usted no puede ser tratado diferente debido a su edad, antecedentes de reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo. Si considera que usted no ha sido tratado de manera justa por cualquiera de estos motivos, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 232



---

## C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces alguien más tiene que pagar primero los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si usted sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes de trabajo tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios que cubre Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

El programa Cal MediConnect da cumplimiento a las leyes y reglamentos estatales y federales relativos a la responsabilidad jurídica de terceros en cuanto a servicios de atención médica a los beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa de Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

---

## D. Aviso de acción

Debemos usar el formulario de Aviso de acción (NOA, por sus siglas en inglés) para notificarle a usted de una negación, terminación y retraso o modificación de los beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación ante nuestro plan. Con respecto a los servicios de Medi-Cal, usted puede solicitar una Audiencia imparcial estatal al mismo tiempo. Tal vez tenga que presentar una apelación ante nuestro plan antes de que pueda solicitar una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés), excepto en algunos casos. Usted no tendrá que pagar ninguno de estos procedimientos.



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

**Actividades de la vida cotidiana (ADL, por sus siglas en inglés):** Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Ayuda pendiente de pago:** Usted puede continuar recibiendo sus beneficios mientras está esperando una decisión sobre una apelación de nivel 1 o una Audiencia imparcial estatal (consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, en la página 154 para obtener más información). Esta cobertura continuada se llama “ayuda pendiente de pago”.

**Centro de cirugía para pacientes ambulatorios:** Un centro que proporciona los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no necesitan atención hospitalaria y de quienes no se prevé que vayan a necesitar más de 24 horas de atención.

**Apelación:** Una manera en que usted puede oponerse a nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. En el Capítulo 9, Sección 4.1, en la página 148 se explican las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

**Facturación de saldo:** Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) factura a una persona una cantidad mayor a la cantidad de costo compartido del plan por los servicios. No permitimos que los proveedores le “facturen saldos” a usted. Debido a que el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect paga el costo completo de sus servicios, usted no debe recibir ninguna factura de los proveedores. Llame a Servicio al Cliente si recibe facturas que usted no entienda.

**Salud conductual o del comportamiento:** Un término global que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de drogas.

**Medicamento de marca:** Un medicamento de venta con receta médica que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

**Cal MediConnect:** Un programa que proporciona sus beneficios de Medicare y sus beneficios de Medi-Cal juntos en un solo plan de salud. Usted tiene una sola tarjeta de identificación de miembro para todos sus beneficios.

**Servicios opcionales del plan de atención (CPO, por sus siglas en inglés):** Servicios adicionales que son opcionales en virtud de su Plan de atención individualizada (ICP, por sus siglas en inglés). Estos servicios no tienen la finalidad de sustituir a los servicios y apoyos a largo plazo que usted está autorizado a recibir en virtud de Medi-Cal.

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 234



**Plan de atención:** Consulte “Plan de atención individualizada”.

**Equipo de atención:** Consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

**Etapas de cobertura catastrófica:** La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando haya alcanzado el límite de \$4,950.00 por sus gastos de medicamentos de venta con receta médica.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):** La dependencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, en la página 23 se explica cómo comunicarse con CMS.

**Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS, por sus siglas en inglés):** Programa de servicios para pacientes ambulatorios con base en centros o establecimientos que proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para los familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a personas inscritas que cumplan con los criterios de elegibilidad correspondientes.

**Queja:** Una declaración escrita o verbal que indica que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, sobre nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “poner una queja” es “presentar una queja formal”.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés):** Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Proporciona una variedad de servicios, entre ellos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Copago:** Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos de venta con receta médica. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento de venta con receta médica.

**Nivel de costos compartidos:** Un grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* se encuentra en uno de cuatro niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo de su medicamento.

**Decisión de cobertura:** Una decisión con respecto a qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones acerca de los medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, Sección 4.2, en la página 148 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.



**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 235

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros y materiales, los medicamentos de venta con receta médica y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Servicio al Cliente:** Un departamento dentro de nuestro Plan responsable de contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, en la página 14 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

**Tasa diaria de costos compartidos:** Una tasa que se puede aplicar cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a hacer un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$1.20, y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costos compartidos” es de \$0.04 por día. Esto significa que usted paga \$0.04 por el suministro de cada día cuando le surten su receta.

**Departamento de Servicios de Atención de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés):** El departamento estatal en California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal en California), al que en este manual se hace referencia generalmente como “el estado”.

**Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés):** El departamento estatal en California que es responsable de reglamentar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones médicas independientes (IMR, por sus siglas en inglés).

**Cancelación de la inscripción:** El proceso de darse de baja como miembro de nuestro plan. La terminación puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

**Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés):** Ciertos artículos que su médico le ordena para que usted los utilice en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 236



cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que presta un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia que son necesarios para el tratamiento de una emergencia médica o de salud conductual.

**Excepción:** Autorización para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Ayuda extra:** Un programa de Medicare que ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare. La Ayuda extra también se conoce como “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”, por sus siglas en inglés.

**Medicamento genérico:** Un medicamento de venta con receta médica que está aprobado por el gobierno federal para utilizarlo en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que el medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

**Queja formal:** Una reclamación que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye las quejas sobre la calidad de su atención.

**Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés):** Un programa que ofrece información objetiva y asesoramiento gratuitos sobre Medicare. En el Capítulo 2, Sección E, en la página 21 se explica cómo comunicarse con HICAP.

**Plan de salud:** Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención personal para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para prestarle la atención que usted necesita.

**Evaluación de riesgos de salud:** Una revisión de los antecedentes médicos de un paciente y de su estado de salud actual. Se utiliza para determinar la salud del paciente y la forma en que esta podría cambiar en un futuro.

**Ayudante sanitario a domicilio:** Una persona que presta servicios que no requieren de los conocimientos de una enfermera ni de un terapeuta autorizados, como es ayudar con el cuidado personal (es decir, ayuda para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los ayudantes sanitarios a domicilio no están licenciados en enfermería ni proporcionan terapias. No se trata de un proveedor de IHSS.

**Cuidados paliativos:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 237



tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir los cuidados paliativos. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados para brindar atención integral a una persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect debe darle a usted una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su zona geográfica.

**Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés):** Si rechazamos su solicitud de servicios o tratamientos médicos, usted puede presentar una apelación ante nosotros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, usted puede pedirle una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR se decide a su favor, nosotros deberemos darle el servicio o tratamiento que usted pidió. Usted no paga nada por una IMR.

**Plan de atención individualizada (ICP, por sus siglas en inglés, o Plan de atención):** Un plan que detalla los servicios que usted va a obtener y la manera en que va a obtenerlos. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y apoyos a largo plazo.

**Servicios de apoyo en casa (IHSS, por sus siglas en inglés):** Un programa de California que proporciona servicios de cuidado personal para personas que no pueden permanecer de forma segura en su propia casa sin ayuda.

**Etapas de cobertura inicial:** La etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D asciendan a \$4,950.00. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

**Paciente hospitalizado:** Un término que se utiliza cuando lo han ingresado formalmente en el hospital para brindarle servicios médicos especializados. En caso de que no haya sido ingresado formalmente, usted podría seguir siendo considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa toda la noche en el hospital.

**Equipo interdisciplinario de atención (ICT, por sus siglas en inglés, o Equipo de atención):** Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a hacer un plan de atención.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos de venta con receta médica cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de



**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 238

medicamentos le informa si hay alguna regla que usted debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos cubiertos a veces se conoce con el nombre de “formulario”.

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés):** Los servicios y apoyos a largo plazo son los servicios que ayudan a mejorar una enfermedad en el largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los servicios y apoyos LTSS consisten en Servicios de apoyo en casa (IHSS), Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP), Servicios para adultos con base en la comunidad (CBAS), Centros de enfermería y Centros de atención subaguda (NF/SCF).

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte “Ayuda extra”.

**Medi-Cal:** Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo pagan los gobiernos estatal y federal. Ayuda a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no son cubiertos por Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección H, en la página 24 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

**Planes Medi-Cal:** Planes que cubren únicamente los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

**Médicamente necesario:** Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica profesional. Médicamente necesario hace referencia a todos los servicios cubiertos que son razonablemente necesarios para proteger la vida, para prevenir enfermedades graves o discapacidades significativas, o para aliviar dolores intensos a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión o dolencia.

**Medicare:** Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedades renales en etapa terminal (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud Medicare a través Original Medicare o un plan de atención médica con contención del gasto sanitario (consulte “Plan de salud”).

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, entre ellos el nuestro, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 239



**Persona inscrita en Medicare y en Medi-Cal (elegibilidad doble):** Una persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y de Medi-Cal. A una persona inscrita en Medicare y en Medi-Cal también se la denomina “beneficiario elegible doble”.

**Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en un hospital, en un centro de enfermería especializada, en la atención domiciliaria y en un centro de cuidados paliativos.

**Parte B de Medicare:** El programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas con el médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección sistemática.

**Parte C de Medicare:** El programa de Medicare que les permite a las compañías privadas de seguros de salud proveer beneficios de Medicare a través del Plan de Medicare Advantage.

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos de venta con receta médica de Medicare. (Nos referimos a este programa como la “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de venta con receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o Medi-Cal. El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect incluye la Parte D de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** Medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

**Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan):** Una persona que tiene Medicare y Medi-Cal que cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y por el estado.

**Manual para Miembros e información sobre divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otros documentos selectos de cobertura opcional, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Modelo de atención:** Es un concepto polifacético (de múltiples facetas o aspectos), que define en términos muy amplios la forma en que se prestan los servicios de salud. Un modelo de atención describe la prestación de atención al paciente conforme a las mejores prácticas de la profesión médica, mediante la aplicación de una serie de principios de servicio que abarcan corrientes clínicas identificadas y esquemas continuos de flujo de

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 240





pacientes. El objetivo de un modelo de atención es garantizar que las personas reciban la atención adecuada, en el momento preciso, de parte del equipo indicado y en el lugar correcto.

**Programa de servicios multiusos para ancianos (MSSP, por sus siglas en inglés):** Un programa que proporciona Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para personas que reúnen los requisitos para Medi-Cal, que tienen 65 años o más con discapacidades, como una alternativa a la colocación en un centro de enfermería.

**Farmacia de la red:** Una farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solamente si se le surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedores de la red:** “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeras y otras personas que le prestan a usted los servicios y la atención. El término también se refiere a hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de salud, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo. Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando se comprometen a trabajar con el plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar a nuestros miembros ninguna cantidad extra. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Residencia para ancianos o centro de enfermería:** Un lugar que brinda atención para las personas que no pueden obtener atención en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

**Ombudsman (Defensor Público):** Una oficina en su estado que le ayuda si usted tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del Ombudsman son gratuitos.

**Determinación de la organización:** El plan ha tomado una determinación de organización cuando el plan o uno de sus proveedores toma una decisión con respecto a la cobertura de los servicios o la cantidad que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, Sección 4, en la página 148 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno. Bajo el plan Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de cantidades que son fijadas por el Congreso. Usted puede acudir a cualquier



---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 241

médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Original Medicare está disponible en todas partes en los Estados Unidos. Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red:** Un proveedor o un centro que no se encuentra empleado, no es propiedad o no es operado por nuestro plan y que no tiene ningún contrato para proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, en la página 34 se explica sobre los proveedores o centros fuera de la red.

**Costos de su propio bolsillo:** El requisito de costos compartidos que establece que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen, también se conoce como requisito de “costos de su propio bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” anterior.

**Parte A:** Consulte “Parte A de Medicare”.

**Parte B:** Consulte “Parte B de Medicare”.

**Parte C:** Consulte “Parte C de Medicare”.

**Parte D:** Consulte “Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de la Parte D:** Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**Coordinador de atención personal:** Una persona principal que colabora con usted en el plan de salud y con sus profesionales de atención para asegurarse de que usted obtenga la atención que necesita.

**Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):** Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar sobre su atención con otros médicos y profesionales de atención médica y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro profesional de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección D, en la página 34 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.



**Autorización previa:** La aprobación que se necesita antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, en la página 50. Algunos medicamentos se cubren únicamente si usted obtiene autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

**Planes del Programa de Atención con Todo Incluido para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés):** Un programa que cubre los beneficios de Medicare y de Medi-Cal en conjunto para personas de 55 años y mayores que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su casa.

**Dispositivos ortopédicos y prótesis:** Estos son dispositivos médicos prescritos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos materiales para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés):** Un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención que se presta a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, en la página 22 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO correspondiente a su estado.

**Límites de cantidad:** Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede recibir. Los límites pueden ser a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Consulte el Capítulo 4, Sección D, en la página 50 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicio:** Una zona geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de limitar la afiliación dependiendo del lugar en que vive la persona. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente también limitan el área donde usted puede obtener servicios habituales (no de emergencia). El plan puede darle de baja si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

**Parte del costo:** La porción de los costos de su atención médica que usted puede tener que pagar cada mes antes de que entren en vigencia los beneficios de Cal MediConnect. La cantidad de su parte del costo variará dependiendo de sus ingresos y recursos.

---

**Si tiene preguntas,** comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 243



**Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo para dar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF):** Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua diariamente en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que una enfermera certificada o un médico pueden administrar.

**Especialista:** Un médico que presta atención médica para una enfermedad específica o una parte específica del cuerpo.

**Audiencia imparcial estatal:** Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que nosotros no vamos a aprobar, o si no seguiremos pagando un servicio de Medi-Cal que ya se le está prestando, usted puede solicitar una Audiencia imparcial estatal. Si la Audiencia imparcial estatal se decide a su favor, nosotros deberemos proveerle el servicio que usted solicitó.

**Terapia escalonada:** Una regla de cobertura que requiere que usted primero pruebe otro medicamento antes de que nosotros cubramos el medicamento que está solicitando.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income):** Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años y más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Atención de urgencia:** Atención que usted recibe por una enfermedad repentina, una lesión o una afección que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Usted puede recibir atención médica necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no puede llegar a ellos.



## Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-244-4430</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablen inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-266-4584</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es de uso exclusivo para personas con dificultades en la audición o el habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>FAX</b>	1-619-426-9437
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect</p> <p>Customer Service Department</p> <p>2420 Fenton Street, Suite 100</p> <p>Chula Vista, CA 91914</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.chgsd.com">www.chgsd.com</a>



**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). 245

## Índice

<b>A. Medite sobre su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo.....</b>	<b>2</b>
<b>B. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red.....</b>	<b>6</b>
<b>C. Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo .....</b>	<b>6</b>
Cambios en los beneficios para servicios médicos.....	6
Cambios en la cobertura de los medicamentos de venta con receta médica .....	7
Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	8
Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”.....	10
<b>D. Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>11</b>
Si desea cambiarse a un plan de Cal MediConnect distinto .....	11
Si desea dejar el programa Cal MediConnect.....	11
<b>E. Cómo obtener ayuda.....</b>	<b>15</b>
Cómo obtener ayuda del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect.....	15
Cómo obtener ayuda de la agencia estatal de inscripciones .....	15
Cómo obtener ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect.....	16
Cómo obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico.....	16
Cómo obtener ayuda de Medicare .....	16
Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California .....	17

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## Aviso anual de cambios para 2017

---

Actualmente usted está inscrito como miembro del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. **El año próximo habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Este Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios.**

---

### A. Medite sobre su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para estar seguro de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el año que viene. Si la cobertura no satisface sus necesidades, usted puede dejar el plan en cualquier momento. Si decide retirarse del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, su afiliación terminará el último día del mes en el cual se realizó su solicitud.

Si se retira de nuestro plan, usted seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal.

- Tendrá la posibilidad de elegir la forma de obtener sus beneficios de Medicare (vaya a la página 10 para ver las opciones).
- Seguirá estando inscrito en Community Health Group para sus beneficios de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente únicamente de Medi-Cal (vaya a la página 12 para obtener más información).

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

### Recursos adicionales

- You can get this information for free in other languages. Call Customer Service at 1-888-244-4430. We are open 24 hours a day, 7 days a week to assist you. TTY/TDD users should call 1-855-266-4584. The call is free.
- Usted puede obtener una copia de este libreto en otros idiomas. Por favor comuníquese al Departamento de Servicios a Participantes, estamos disponibles para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Las llamadas a estos números de teléfono son gratis.
- Bạn có thể nhận được thông tin này miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Dịch vụ Hội viên tại 1-888-244-4430 (người sử dụng TTY / TDD nên gọi 1-855-266-4584). Chúng tôi luôn sẵn sàng 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Các cuộc gọi miễn phí.
  - في الأعضاء خدمات استدعاء. أخرى بلغات مجاناً المعلومات هذه على الحصول يمكنك  
مدار على متواجدون نحن. (1-855-266-4584 استدعاء يجب TTY / TDD مستخدم) 1-888-244-4430  
مجانية المكالمات في. الأسبوع في أيام 7 اليوم، في ساعة 24
- Maaari mong makuha ang impormasyong ito nang libre sa iba pang mga wika. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Kasapi sa 1-888-244-4430 (TTY / TDD mga user ay dapat tumawag sa 1-855-266-4584). Kami ay Available nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang tawag ay libre.
- Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, tales como letra grande, braille o CD de audio. Llame a Servicios a Miembros al 1-888-244-4430. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584). Estamos a su disposición para atenderle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Puede obtener este Aviso anual de cambios de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o CD de audio. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430. Estamos disponibles para asistirlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-855-266-4584. La llamada es gratuita.
- Si desea realizar una solicitud permanente para obtener estos materiales en un formato diferente, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para notificarles, de modo que esta información quede asentada en su registro de miembro.

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





## AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

### Acerca del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

- El Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que funciona bajo contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- La cobertura en virtud del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect califica como Cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). A fin de obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida para individuos para la MEC, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.
- Community Health Group ofrece el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Cuando en este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “a nosotros” o “nuestro”, se hace referencia a Community Health Group. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a CommuniCare Advantage Cal MediConnect.

### Exención de responsabilidades

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect o lea el *Manual para Miembros* del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. Esto significa que usted tal vez tenga que pagar algunos servicios y que necesita seguir ciertas reglas para que el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect pague sus servicios.

**La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar a lo largo del año. Le enviaremos un aviso antes de que realicemos un cambio que le afecte.**

Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los copagos de los medicamentos de venta con receta médica pueden variar según el nivel de Ayuda extra que usted obtenga. Comuníquese con el plan para solicitar más detalles.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### Cosas importantes que debe hacer:

- Verifique si existe algún cambio en nuestros beneficios y costos que pudiera afectarle.** ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted utiliza? Es importante revisar los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que le servirán el año próximo. Busque en las Secciones A (página 2) y C (página 6) la información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Verifique si existe algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta médica que pudiera afectarle.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente de costos compartidos? ¿Puede usted seguir utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le servirá el año próximo. Busque en la Sección C (página 6) la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Revise para ver si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.** ¿Están sus médicos en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y también los hospitales u otros proveedores que usted utiliza? Busque en la Sección B (página 6) la información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense sobre sus costos totales en el plan.** ¿Cuánto va a gastar de su propio bolsillo por los servicios y los medicamentos de venta con receta médica que usted usa con regularidad? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- Piense si usted se encuentra satisfecho con nuestro plan.**

#### Si decide permanecer en el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect:

Si desea permanecer con nosotros el año que viene, es muy sencillo: no tiene que hacer nada. Si no realiza ningún cambio, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan.

#### Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, puede cambiar de plan en cualquier momento. Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección D, en la página 9, para obtener más información sobre sus opciones.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



---

## B. Cambios en los proveedores y las farmacias de la red

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2017.

**Le recomendamos encarecidamente revisar nuestro Directorio de proveedores y farmacias actual para verificar si sus proveedores o farmacias aún se encuentran en nuestra red.** Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está a su disposición en nuestro sitio web [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 de su *Manual para Miembros*.

---

## C. Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo

### Cambios en los beneficios para servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para determinados servicios médicos para el año próximo. En la tabla siguiente se describen estos cambios.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<b>Acupuntura</b>	La acupuntura <b>no</b> está cubierta.	Usted paga un copago de <b>\$0</b> por visita al consultorio.
<b>Transporte en taxi</b>	30 viajes de una sola dirección para consultas médicas.	36 viajes de una sola dirección para consultas médicas.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal  
MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<b><i>Afiliación para el gimnasio</i></b>	La afiliación para el gimnasio <b>no</b> está cubierta.	La afiliación para el gimnasio está cubierta cuando la aprueba un administrador de casos o una enfermera.
<b><i>Anteojos o lentes de contacto</i></b>	\$100 cada dos años.	\$200 una vez al año.

**Cambios en la cobertura de los medicamentos de venta con receta médica**

***Cambios en nuestra Lista de medicamentos***

Le enviamos un ejemplar de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos 2017* en este sobre.

También nos referimos a la *Lista de medicamentos cubiertos* como “Lista de medicamentos”.

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

**Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional de la salud que expida sus recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-855-266-4584) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le podría funcionar a usted.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional de la salud que expida sus recetas) y solicítele al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le daremos

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de apoyo de su profesional de la salud que expida la receta). Para conocer qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 en la página 167 del *Manual para Miembros 2017* o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-855-266-4584). Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o con su coordinador de atención personal.

***Cambios en los costos de los medicamentos de venta con receta médica***

Hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos de venta con receta médica de la Parte D de Medicare en virtud del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. La cantidad que usted paga depende de la etapa en que se encuentra cuando se le surte o se le surte más veces su receta. Estas son las dos etapas:

<p><b>Etapa 1</b> <b><i>Etapa de cobertura inicial</i></b></p>	<p><b>Etapa 2</b> <b><i>Etapa de cobertura catastrófica</i></b></p>
<p>Durante esta etapa, <b>el plan paga parte de los costos</b> de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando le surten su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan paga todos los costos</b> de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2017.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una determinada cantidad de costos de su propio bolsillo.</p>

**Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”**

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentra el medicamento y el lugar en el que usted lo obtiene. Tendrá que hacer un copago cada vez que le surtan una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

**Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o a uno más alto.** Si se pasan sus medicamentos de un nivel a otro, esto podría afectar a su copago. Para consultar si su medicamento estará en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de medicamentos.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

La siguiente tabla muestra sus costos por medicamentos en cada uno de nuestros cuatro niveles de medicamentos. Estas cantidades aplican *únicamente* durante el tiempo en que usted está en la Etapa de cobertura inicial.

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p><b>Medicamentos en el nivel uno</b> (Medicamentos genéricos y medicamentos de marca tratados como genéricos de la Parte D)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento en el nivel uno que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el nivel dos</b> (Medicamentos de marca de la Parte D)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento en el nivel dos que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0, \$3.60 o \$7.40 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0, \$3.70 u \$8.25 por receta.</b></p>

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

	2016 (este año)	2017 (el año próximo)
<p><b>Medicamentos en el nivel tres</b></p> <p>(Medicamentos de venta con receta médica genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento en el nivel tres que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el nivel cuatro</b></p> <p>(Medicamentos de venta libre genéricos y de marca no cubiertos por Medicare)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento en el nivel cuatro que se surte en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago por un suministro para un mes (31 días) es <b>\$0 por receta.</b></p>

La etapa de cobertura inicial termina cuando el total de costos de su propio bolsillo alcanza los \$4,950.00. En ese momento, empieza la etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

**Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando usted llega al límite de costos de su propio bolsillo por sus medicamentos de venta con receta médica, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## **D. Cómo decidir qué plan elegir**

### **Si desea cambiarse a un plan de Cal MediConnect distinto**

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos desde un solo plan, puede inscribirse en un plan de Cal MediConnect distinto.

Para inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente, llame a Health Care Options (Opciones de Atención Médica) al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

### **Si desea dejar el programa Cal MediConnect**

Si no desea inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente después de retirarse del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

### ***Cómo obtendrá los servicios de Medicare***

Tendrá tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente dará por terminada su afiliación en nuestro plan de Cal MediConnect:

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).





<p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un Plan de Medicare Advantage o, si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, los Programas de Atención con Todo Incluido para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud únicamente de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Automáticamente se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	---



<p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Automáticamente se le dará de baja de CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---



<p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta médica de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Únicamente debería dejar la cobertura de medicamentos de venta con receta médica si obtiene cobertura de medicamentos por parte de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas acerca de si necesita o no cobertura de medicamentos, comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comuníquese con el Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Automáticamente se le dará de baja del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

### ***Cómo obtendrá los servicios de Medi-Cal***

Si se retira de nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de Community Health Group, a menos que seleccione un plan distinto para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y la atención de salud conductual.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

Si prefiere elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, necesita informar de esto a Health Care Options. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

---

### E. Cómo obtener ayuda

#### Cómo obtener ayuda del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-244-4430; solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584. Estamos a su disposición para atender llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Manual para Miembros 2017*

El *Manual para Miembros 2017* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el año próximo. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos de venta con receta médica cubiertos.

Un ejemplar del *Manual para Miembros 2017* actualizado está siempre a su disposición en nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-888-244-4430 para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual para Miembros 2017*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

#### Cómo obtener ayuda de la agencia estatal de inscripciones

Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



### **Cómo obtener ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect**

El Programa Ombuds de Cal MediConnect puede ayudarle si usted está teniendo un problema con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa Ombuds de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

### **Cómo obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico**

También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Cal MediConnect y responder a preguntas relacionadas con cambios de planes. El HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite el sitio web <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

### **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare en (<http://www.medicare.gov>). Si decide darse de baja de su plan de Cal MediConnect e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información acerca de costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage. Puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que están disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Búsqueda de planes de salud y de medicamentos]).

### **Lea *Medicare y usted (Medicare & You) 2017***

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).



## AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2017 del Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid)

Puede leer el manual *Medicare y usted 2017*. Cada año, en el otoño, se envía por correo este folleto a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Cómo obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los servicios de los planes de atención de la salud. Si tiene una queja formal en contra de su plan de salud, primero deberá comunicarse por teléfono con su plan de salud al 1-888-244-4430 y utilizar el proceso de su plan de salud para presentar quejas formales, antes de ponerse en contacto con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal posible que pueda estar a su disposición.

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, con una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o con una queja formal que continúe sin ser resuelta por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar asistencia.

Usted también podría ser elegible para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne las condiciones para una revisión médica independiente, este procedimiento proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relativas a la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuestos, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de las controversias por pagos de servicios médicos en casos de emergencia o necesarios de urgencia.

El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con deficiencias auditivas y del habla. El sitio en Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

**Si tiene preguntas**, comuníquese con el Plan CommuniCare Advantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) al 1-888-244-4430 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-266-4584), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.chgsd.com](http://www.chgsd.com).

