Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Manual del Miembro

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos en virtud de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Introducción del *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, también denominado *Evidencia de Cobertura*, detalla la cobertura conforme a nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos, y los servicios y el apoyo a largo plazo. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

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

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros,” “nos,” “nuestro,” o “nuestro plan,” se hace referencia a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de manera gratuita en idioma hmong, español.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

- Podemos enviarle los materiales en otro idioma (además de los idiomas enumerados anteriormente) o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
- Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-236-2366 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-236-2366 (TTY: 711). These services are free of charge.

Arabic

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-833-236-2366 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-833-236-2366 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-833-236-2366 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-833-236-2366 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-833-236-2366（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-833-236-2366（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-833-236-2366 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-833-236-2366 (TTY：711)。這些服務均為免費。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-833-236-2366 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-833-236-2366 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-833-236-2366 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-833-236-2366 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Hmong

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-833-236-2366 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-833-236-2366 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

Japanese

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-833-236-2366（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-833-236-2366（TTY：711）にお電話 ください。これらのサ ービスは無料です。

Korean

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-833-236-2366(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-833-236-2366 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-236-2366 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-236-2366 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-833-236-2366 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-833-236-2366 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-2366 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-2366 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Farsi

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-833-236-2366 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Russian

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-833-236-2366 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-833-236-2366 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-833-236-2366 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-833-236-2366 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

Thai

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-833-236-2366 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-833-236-2366 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-833-236-2366 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-833-236-2366 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-833-236-2366 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-833-236-2366 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual del Miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) proporciona traducciones escritas de traductores calificados. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Lea este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información de manera oportuna en otros formatos como braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles (CD con datos) sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Servicios de Acceso a Idiomas

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) proporciona servicios de interpretación oral, incluido el lenguaje de señas, de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario que utilice a un familiar o amigo como intérprete. No alentamos el uso de familiares o amigos, en especial de menores, como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de acceso a idiomas, incluidos los servicios de interpretación, están disponibles de forma gratuita. Los servicios de interpretación están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma, o para obtener este manual en un idioma diferente, llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

2027 Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Manual del Miembro

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 12

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 27

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos 52

Capítulo 4: Tabla de beneficios 82

Capítulo 5: Obtención de medicamentos para pacientes ambulatorios 176

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal 203

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 217

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 225

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 243

Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 299

Capítulo 11: Notificaciones legales 310

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 319

Descargos de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene un contrato con Medicare y es un Patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

- CalViva Health es un Plan de Atención Administrada de Medi-Cal (MCP) y es el Plan de Salud de Iniciativa Local para Medi-Cal Managed Care en los Condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health es un plan de salud de servicio completo que tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) para proporcionar los Servicios Cubiertos de Medi-Cal a los afiliados a Medi-Cal Managed Care conforme el Modelo de Dos Planes en todos los códigos postales de los Condados de Fresno, Kings y Madera. CalViva Health tiene un contrato con Health Net Community Solutions, Inc., con un sistema per cápita a fin de proporcionar y coordinar los Servicios Cubiertos de Medi-Cal en todos los códigos postales de los Condados de Fresno, Kings y Madera. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation y es la Administradora Contratada de los MCP de CalViva Health en todos los códigos postales de los Condados de Fresno, Kings y Madera.

- En función de una revisión del Modelo de Atención, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2027.

- Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), excepto en casos de emergencia. Llame al número de nuestros Servicios para Miembros o consulte el *Manual del Miembro* para obtener más información, incluida la distribución de costos que corresponde a los servicios fuera de la red.

- Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, trastornos de

salud mental crónicos e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras condiciones elegibles que no aparecen en la lista. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su condición. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte el Manual del miembro del plan.

- Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- Los medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios y los de Medi-Cal junto con su membresía. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan 14

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 15

C. Ventajas de nuestro plan 15

D. Área de servicios de nuestro plan 17

E. Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan 17

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud? 18

G. El equipo de atención y el plan de atención 19

G1. Equipo de atención 19

G2. Plan de atención 20

H. Resumen de los costos importantes 20

H1. Prima del plan 20

H2. Monto del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare 21

I. Este *Manual del Miembro* 21

J. Otra información importante que le brindamos 21

J1. Su Tarjeta de ID de Miembro 21

J2. *Directorio de Farmacias y Proveedores* 23

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos* 24

J4. La *Explicación de Beneficios* 25

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía? 25

K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI) 26

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Un plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus servicios y proveedores. Todos los integrantes trabajan en conjunto para proporcionarle la atención que necesita.

Usted puede confiar en nuestra experiencia

Se ha afiliado a un plan de salud en el que puede confiar.

Wellcare ayuda a las personas de California que cuentan con Medicare y Medi-Cal a recibir los servicios que necesitan. Para lograrlo, ofrecemos un mejor acceso a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal. También ofrecemos muchas otras cosas:

- Nos enorgullecemos de brindarle un excelente servicio al cliente, ya que le prestamos una atención especializada, positiva y personalizada como nuestro miembro. Nuestro personal capacitado del Departamento de Servicios para Miembros no lo hará esperar; además, maneja varios idiomas a través de los servicios de interpretación. Le ayudamos a orientarse en sus beneficios como lo haríamos con nuestra propia familia y recibirá rápidamente las respuestas que necesita para acceder a la atención médica.
- Hemos construido redes de médicos de alta calidad durante casi 25 años. Los médicos y especialistas de nuestra red trabajan juntos en grupos médicos para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesita.
- Su comunidad es nuestra comunidad: somos una empresa nacional con presencia local. Muchos de nuestros empleados viven donde usted vive.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud federal para:

- personas de 65 años en adelante,

- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal. Medi-Cal ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no se encuentran cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.

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

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y de Medi-Cal a través de nuestro plan, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan, **y**
- Medicare y el estado de California nos permiten seguir ofreciendo este plan.

En el caso de que nuestro plan deje de operar en el futuro, su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para satisfacer la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluir cuidadores, médicos, enfermeros, asesores, otros profesionales de la salud, y a usted.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esa es la persona que trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y coordinador de atención trabajan con usted para establecer un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
    - Que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
    - Que los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de solicitar su inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud anterior de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-833-236-2366 (TTY:711).

D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicios en California incluye los condados de Fresno, Kings y Madera.

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicios. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan

Usted puede afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con cada uno de los siguientes requisitos:

- vivir en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que vivan en el área de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella), **y**
- tener 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- contar con Medicare Part A y Medicare Part B, **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o tiene la nacionalidad de ese país, o no es ciudadano, pero es elegible, **y**
- ser elegible actualmente para Medi-Cal.
- Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere en el plazo de 3 meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos por sus beneficios de Medi-Cal. Pagaremos la distribución de costos de Medicare que hubiera pagado Medi-Cal si no hubiera perdido Medi-Cal. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

  Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si se restaura su elegibilidad para Medi-Cal mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con

nosotros continuará. Si no puede recuperar Medi-Cal dentro del período de 3 meses, cancelaremos la inscripción de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Medi-Cal después de que se le haya cancelado la inscripción, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud conductual.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA puede realizarse en una visita en persona, por teléfono o por correo. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información acerca de la HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante un cierto período, incluso si no están en nuestra red. La llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden la continuidad de la prestación con su proveedor actual.
- Podemos determinar que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o un especialista, con algunas excepciones. Una “relación existente,” significa que usted visitó a un proveedor fuera de la red, al menos, una vez para una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.

- Para determinar si hay una relación existente, revisaremos su información de salud disponible o la que usted nos brinde.
- Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión en menos tiempo, y debemos responder en 15 días. Para realizar esta solicitud, llame al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Si usted está en riesgo de daños, debemos responder en un plazo de tres días.
- Usted o su proveedor deben presentar documentación que demuestre que hay una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realice la solicitud.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de Equipo Médico Duradero (DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y un proveedor de la red entregue el alquiler. Si bien no puede hacer esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede hacer una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares que no están incluidos en nuestro plan.

Cuando finalice el período de continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y a otros proveedores de la red de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Cuando se inscriba en nuestro plan, se le asignará un grupo médico participante de la red Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). También se le asignará un PCP de este grupo médico participante. Para elegir a su PCP, consulte nuestro sitio web go.wellcare.com/WCandCVH y seleccione un PCP de la red de nuestro plan. Los Servicios para Miembros también pueden ayudarle a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame a Servicios para Miembros e informe su selección. Su PCP debe formar parte de nuestra red. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. El equipo de atención y el plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, a un coordinador de atención, sus especialistas, o a otro profesional de la salud que usted elija.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a coordinar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de cuidados cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudarle a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidados y equipo de atención.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención. El plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de servicios de salud conductual y de LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

- sus objetivos de atención de salud, **y**
- un cronograma que indique cuándo debería recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica puede reunirse con usted después de su HRA. Le consultan acerca de los servicios que necesita. Además, el equipo de atención le mencionará algunos servicios para que usted considere si quiere recibirlos. Su plan de atención se crea según sus necesidades y objetivos. El equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de los costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Monto del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare (**Sección H2**)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más baja.

H1. Prima del plan

El programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga la prima de Medicare Part D en su nombre cuando usted está inscrito en nuestro plan.

H2. Monto del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe pagar por los medicamentos recetados recibidos, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

El **Capítulo 2** ofrece más información sobre el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar un reclamo o una apelación.

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Miembro*, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en nuestro sitio web. La dirección se encuentra al final de la página.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que le brindamos

Otra información importante que le brindamos incluye su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Cuadro básico*.

J1. Su Tarjeta de ID de Miembro

Con nuestro plan, usted tiene una sola tarjeta para recibir los servicios de Medicare y de Medi-Cal, incluidos los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), algunos servicios de salud

conductual y medicamentos que requieren receta médica. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o recetas. Esta es una muestra de la Tarjeta de ID de Miembro:

Si su Tarjeta de ID de Miembro sufre daños, se pierde o es objeto de robo, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras esté miembro a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca ni azul de Medicare ni la tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de ID de Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Es posible que se le solicite que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidado para pacientes terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Servicios de Salud Mental Especializada y Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) del Condado
- Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP)
- Servicios o Proveedores de Medicamentos con Receta Cubiertos de Medi-Cal “Medi-Cal Rx”

- Servicios Dentales cubiertos por Medi-Cal
- Servicios de Exención Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)
- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- Cuidado a Largo Plazo (LTC), incluido el Centro de Cuidado Subagudo e Intermedio

J2. *Directorio de Farmacias y Proveedores*

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores* (en formato digital o en copia impresa), llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de Farmacias y Proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles.

También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* ofrece información, como direcciones, números de teléfono y horarios de atención. Le indica si el lugar tiene adaptaciones para personas con discapacidades. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* también se informa si los proveedores aceptan pacientes nuevos y si hablan otros idiomas. El Departamento de Servicios para Miembros y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los proveedores y las farmacias. Si necesita ayuda para buscar un proveedor o una farmacia de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si quiere que le envíen por correo un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, puede llamar a Servicios para Miembros al número que se menciona en la parte inferior de esta página.

Definición de proveedores de red

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **y**

- LTSS, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de servicios de salud conductual, agencias de cuidado de la salud a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios a los que tiene acceso a través de Medicare o de Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar 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 desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. Servicios para Miembros y nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).

La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más

actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra en la parte inferior de la página.

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando use los beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviaremos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por estos medicamentos de Medicare Part D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

En la EOB se informa la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de Medicare Part D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con una distribución de costos más baja que pueden estar disponibles. Puede hablar con el profesional que expide recetas sobre estas opciones más económicas. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* se incluye más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

En lugar de recibir una Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica. Puede solicitarlo en express-scripts.com/rx. Si elige esta opción, recibirá un correo cuando su eEOB de la Parte D esté listo para ver, imprimir o descargar. Las EOB de la Parte D electrónicas también se denominan EOB de la Parte D digitales. Estas son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresas.

Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?

Puede mantener su registro de membresía actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están

cubiertos y sus montos de distribución de costos. Por esa razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Deberá notificarnos de inmediato con respecto a lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho o la indemnización laboral;
- si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de enfermería;
- si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted); **y,**
- si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos acerca de un estudio de investigación clínica en el que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página.

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web en go.wellcare.com/WCandCVH. Haga clic en el botón “Login” (Ingresar). Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas o necesita ayuda.

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

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Servicios para Miembros 29
B. Su Coordinador de Atención 32
C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) 34
D. Línea de Asesoramiento de Enfermería 35
E. Línea de Crisis de Salud Conductual 36
F. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 37
G. Medicare 38
H. Medi-Cal 39
I. Oficina de la Defensoría de Medi-Cal Managed Care y Salud Mental 40
J. Servicios Sociales del Condado 41
K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado 42
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California 44
M. Alianza de Consumidores de Salud (HCA) 44
N. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos 45
N1. Ayuda Adicional de Medicare 45
N2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP) 47

N3. El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare 47
O. Seguro Social 48
P. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) 48
Q. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador 49
R. Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal 50
S. Medi-Cal Dental 50

A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-833-236-2366. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que en el horario fuera de atención, los fines de semana y los días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	go.wellcare.com/WCandCVH

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- cuando tenga preguntas sobre el plan
- cuando tenga preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura relacionadas con su atención médica
    - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:

  - sus beneficios y servicios cubiertos **o**
  - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- apelaciones relacionadas con su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- reclamos relacionados con su atención médica
  - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede hacer un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) acerca de la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 1-833-236-2366 (TTY: 711).
  - Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).
  - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Puede hacer un reclamo sobre nuestro plan ante el Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
    - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
        - sus beneficios y medicamentos cubiertos **o**
        - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
    - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
    - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- apelaciones relacionadas con sus medicamentos
    - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
    - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- reclamos relacionados con sus medicamentos
    - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. incluidos los reclamos sobre medicamentos médica.
    - Si el reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
    - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
    - Si quiere obtener más información acerca de cómo hacer un reclamo relacionado con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- pagos por la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
    - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
    - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su Coordinador de Atención

Un coordinador de atención puede ayudarlo y trabaja con el plan de salud, con sus médicos y otros proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita.

El Departamento de Servicios para Miembros también puede informarle cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Un coordinador de atención:

- ayuda a organizar los servicios de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención médica.
- trabaja con usted para elaborar su plan de atención.
- ayuda a decidir quién formará parte de su equipo de atención.
- le brinda la información que necesita para administrar su atención médica.

Si necesita ayuda para comunicarse con su coordinador de atención, puede llamar a Servicios para Miembros. Si quiere cambiar de coordinador de atención o tiene preguntas adicionales, comuníquese con el número de teléfono que se indica debajo. También puede llamar a su coordinador de atención antes de que este se comunique con usted. Llame al número que se indica a continuación y pida hablar con su coordinador de atención.

LLAME AL	1-833-340-0083. La llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. EST. Tenga en cuenta que, fuera del horario de oficina, los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY	711. La llamada es gratuita. de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. EST. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	go.wellcare.com/WCandCVH

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y Apoyo Administrados a Largo Plazo (LTSS), lo que incluye los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los centros de enfermería (NF)

Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- cuidado en un centro de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos

- cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- en ocasiones, puede obtener ayuda con sus necesidades de atención médica y de la vida cotidiana
- Servicios de Apoyo en la Comunidad
    - Servicios de Búsqueda para la Transición de Vivienda
    - Depósitos para Vivienda
    - Alojamiento y Servicios de Apoyo
    - Programas de Habilitación Diurnos
    - Atención de Recuperación
    - Servicios de Relevo
    - Adaptaciones de Accesibilidad Física:
    - Comidas Médicamente Adaptadas/Alimentos de Apoyo Médico
    - Centros de Sobriedad
    - Tratamiento del Asma
    - Renta de Transición

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para lidiar con su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito a los beneficiarios de Medicare sobre seguros de salud.

LLAME AL	1-800-434-0222 de 8 a.m. a 4 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	1-800-735-2929
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle con las siguientes necesidades:
  - comprender sus derechos,
  - comprender sus opciones de planes,
  - preguntas sobre cambiar de planes,
  - hacer reclamos sobre su atención de salud o tratamiento, **y**
  - ayudar con problemas de facturación o reclamaciones.

D. Línea de Asesoramiento de Enfermería

La Línea de Asesoramiento de Enfermería de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) es un servicio gratuito que ofrece asesoramiento telefónico y consultas de enfermería que brindan médicos profesionales capacitados, que se encuentran disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La Línea de Asesoramiento de Enfermería proporciona evaluaciones de atención de salud en tiempo real para ayudar a los miembros a determinar el nivel de atención que necesitan en ese momento. Los médicos

clínicos ofrecen consultas personales, respuestas a preguntas sobre salud y apoyo para el control de síntomas, que ayudan a los miembros a tomar decisiones fundamentadas y adecuadas sobre su atención y tratamiento. Los miembros pueden comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), que figura en el reverso de su Tarjeta de ID de Miembro. Puede comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	1-833-236-2366. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

E. Línea de Crisis de Salud Conductual

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) ofrece una línea para casos de salud conductual para miembros que necesitan este tipo de asistencia. Los miembros que se encuentren en una crisis de salud conductual pueden optar por hablar con un médico autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que les ayudará a obtener los servicios que necesitan. Llámenos al número que aparece a continuación.

LLAME AL	1-800-646-5610. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Tenga en cuenta que, fuera del horario de oficina, los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.

TTY	711. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Conductual para obtener ayuda con lo siguiente:

- si tiene preguntas sobre servicios de salud conductual y abuso de sustancias

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

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

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Commence Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	711
ESCRIBA A	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.commencehealthqio.cms.gov

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- hacer un reclamo sobre la atención que recibió si ocurren los siguientes casos:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
  - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, **o**

- considera que su cuidado de la salud en el hogar, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

G. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Esta organización tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
CHATEA EN VIVO	Chatee en directo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

SITIO WEB	www.medicare.gov ● Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que proporcionan. ● Encuentre médicos participantes en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. ● Averigüe lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de "bienestar"). ● Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. ● Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de salud a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidado para pacientes terminales, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidados a largo plazo. ● Busque sitios web, números de teléfono útiles. Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro médico público que proporciona los servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas las familias con hijos, las personas mayores, las personas con discapacidades, los niños y los jóvenes en hogares de guarda y las mujeres embarazadas. Medi-Cal es financiado por el gobierno estatal y federal.

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

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

LLAME AL	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Oficina de la Defensoría de Medi-Cal Managed Care y Salud Mental

La Oficina de la Defensoría ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, explicarán políticas y procedimientos, proporcionarán información, asesoramiento y opciones, y sugerirán remisiones apropiadas. Es su trabajo ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. No están relacionados con ninguna empresa aseguradora ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.

ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
POR CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), o elegibilidad de Medi-Cal, comuníquese con su agencia local de Servicios Sociales del Condado.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales del Condado para solicitar Servicios de Apoyo en el Hogar, los cuales le ayudarán a pagar los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, comprar la ropa o transportarse.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales del Condado para cualquier pregunta acerca de su elegibilidad para Medi-Cal.

Condado de Fresno	
LLAME AL	1-559-600-6666 De lunes a viernes: de 8 a.m. a 4 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	DSS-IHSS P.O.Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
SITIO WEB	www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services/Adult-Services/In-Home-Supportive-Services

Condado de Kings	
LLAME AL	1-559-852-4467 de lunes a viernes: de 8 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	IHSS 1400 W. Lacey Blvd., Bldg #8 Handford, CA 93230
SITIO WEB	www.countyofkings.com/departments/health-welfare/human-services-agency/adult-services-in-home-supportive-services-ihss/in-home-supportive-services-ihss

Condado de Madera	
LLAME AL	1-559-662-2600 De lunes a viernes: de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Adult Services 1610 Sunrise Ave. Madera, CA 93638
SITIO WEB	www.maderacounty.com/government/social-services/adult-services

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado

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

Condado de Fresno	
LLAME AL	1-800-654-3937. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Condado de Kings	
LLAME AL	1-800-655-2553. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Condado de Madera	
LLAME AL	1-888-275-9779. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Comuníquese con la agencia de Salud Conductual del condado para obtener ayuda con:

- para preguntar sobre los servicios de salud conductual que brinda el condado

- para preguntar sobre los servicios para el tratamiento del trastornos por consumo de sustancias que brinda el condado
- información confidencial y gratuita sobre salud mental, remisiones del médico a proveedores de servicio y asesoramiento en casos de crisis cualquier día y a toda hora. Llame al número indicado arriba para su condado.

L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y reclamos en relación con los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles entre las 8 a.m. y las 6 p.m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Alianza de Consumidores de Salud (HCA)

La Alianza de Consumidores de Salud (HCA) es una asociación estatal que ofrece asistencia legal gratuita en línea, por teléfono o en persona para ayudar a los residentes de California que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura médica y resolver problemas con sus

planes médicos. Para obtener más información sobre la HCA o para poder obtener asistencia, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org/.

N. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos

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

N1. Ayuda Adicional de Medicare

Puesto que tiene elegibilidad para Medi-Cal, reúne los requisitos para obtener "Ayuda Adicional" y ya lo recibe de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos. No debe hacer nada para recibir "Ayuda Adicional."

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudar a obtener evidencia de su monto correcto de copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página y háganos saber que cree que califica para "Ayuda Adicional". Es posible que se le exija que proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (la mejor evidencia disponible):
    - Una copia de su tarjeta de Medi-Cal que incluye su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.

- Una copia de un documento estatal que confirme el estado en Medi-Cal durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medi-Cal durante un mes después de junio del año anterior.
- Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de Medi-Cal durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medi-Cal que demuestre el estado de Medi-Cal durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que demuestre que recibe Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI).
- Una Solicitud Presentada por el Individuo Considerado Elegible que confirme que usted es "…automáticamente elegible para recibir Ayuda Adicional…" (Publicación de la SSA HI 03094.605).

- Si está institucionalizado y cree que califica para distribución de costos cero, llame a Servicios para Miembros y dígale al representante que usted cree que califica para la "Ayuda Adicional." Es posible que se le exija que proporcione uno de los siguientes tipos de documentación.
  - Un pago del centro que muestre el pago de Medicaid en su nombre para un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior
  - Una captura de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que demuestren su estado institucional basado en, por lo menos, una estadía de un mes calendario completo para los fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si no puede conseguir la documentación descrita anteriormente y cree que puede calificar para "Ayuda Adicional", llame a Servicios para Miembros y un representante lo ayudará.

- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos ya sea por cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, es posible que paguemos directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

N2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con HIV/AIDS a tener acceso a medicamentos para el HIV que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Part D que también están en la lista de medicamentos de ADAP califican para la ayuda con la distribución de costos en recetas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP). Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el estado y la condición de paciente con HIV, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y condición de persona sin seguro o con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP) al 1-844-421-7050, (TTY: 711), de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes (excepto días festivos).

N3. El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

El Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos de los medicamentos. Si participa en el Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, independientemente de su

nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de esta página o visite www.medicare.gov.

O. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

Si usted se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles al respecto.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.gov

P. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de la RRB, informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de parte de la RRB, comuníquese con la agencia.

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

Q. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios por medio de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de personas jubiladas como parte de su plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar acerca de sus beneficios de salud, primas o el período de inscripción del grupo de su empleador o de personas jubiladas (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

R. Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal

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

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a sus servicios médicos
- apelaciones por servicios, medicamentos, equipos médicos duraderos (DME), servicios de salud mental que les fueron negados, etc.
- facturas médicas
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal proporciona ayuda para reclamos, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa Defensoría es 1-855-501-3077.

S. Medi-Cal Dental

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

- exámenes iniciales, rayos X, limpiezas, selladores y tratamientos con fluoruro (fluoride):
- restauraciones y coronas;
- tratamiento de conductos radiculares; y
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

LLAME AL	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental (FFS) están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Si quiere obtener más información sobre los planes dentales, comuníquese con Opciones de Atención de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratuita.

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos en nuestro plan. Aquí también se ofrece información acerca de su coordinador de atención, cómo obtener atención de los diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando los servicios cubiertos por nuestro plan se le facturan directamente a usted y cuáles son las reglas para ser propietario de Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 54

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan 54

C. Su coordinador de atención 56

C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención? 56

C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención? 57

C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención? 57

D. Atención de proveedores 57

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 57

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 61

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan 62

D4. Proveedores fuera de la red 63

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 63

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 64

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.....64

G. Servicios de transporte 69

G1. Transporte Médico que No Es de Emergencia.....69

G2. Transporte no médico.....71

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre 72

H1. Atención en una emergencia médica 72

H2. Cuidado urgentemente necesario 74

H3. Cuidado durante un desastre 75

I. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos 76

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....76

J. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica.....77

J1. Definición de un estudio de investigación clínica 77

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 77

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 78

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud 78

K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud 78

K2. Atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud 78

L. Equipo médico duradero (DME) 79

L1. Obtenga DME como miembro de nuestro plan 79

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare.....80

L3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan 80

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).....81

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención médica, los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos de venta libre y con receta, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Los servicios cubiertos para los medicamentos de venta libre y con receta se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención, y que tienen una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Hemos hecho los arreglos correspondientes para que estos proveedores le proporcionen servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos envían la factura directamente a nosotros por los cuidados que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

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

En general, nuestro plan cubrirá los costos de los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y muchos de los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesaria hace referencia a los servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. La atención médicamente necesaria permite evitar que las personas se enfermen gravemente o sufran una discapacidad y para reducir el dolor grave mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.

- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le proporcione y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1**).
    - En la mayoría de los casos su PCP de la red o nuestro plan, debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **remisión del médico**. Si no obtiene la aprobación, es posible que cubramos los servicios.
    - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención médica que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan.
    - Usted no necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, para consultar un proveedor de salud para mujeres o para cualquiera de los otros servicios incluidos en la **Sección D1**.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** en este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje para nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
    - Si necesita atención de emergencia o el cuidado urgentemente necesario de los proveedores fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H**).
    - Si necesita atención cubierta por el plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Si se le pide que consulte a un proveedor fuera de la red, necesitará autorización previa (PA). Una vez aprobada la autorización previa, se notificará esto al proveedor solicitante y al proveedor que lo acepta. En esta situación, cubrimos la atención sin cargo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.

- Si necesita diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red.

- Cuando hay un miembro nuevo en nuestro plan, puede solicitar seguir acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si comprobamos que tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante un período máximo de 12 meses. Durante ese período, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si sigue acudiendo a proveedores fuera de la red que no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra Cobertura de Salud: Debe utilizar todas las demás coberturas de salud antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud primaria, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de Medicare, que cubre los costos permitidos no pagados por Medicare u otra cobertura de salud hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de solicitar su inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud anterior de Medi-Cal por hasta dos meses. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al número que figura en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de atención

C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención?

El coordinador de atención es un miembro del equipo de atención que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención de salud que necesita. El coordinador de atención lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Trabajará con

usted para elaborar su plan de atención. Lo ayudará a decidir quién formará parte de su equipo de atención. El coordinador de atención le brindará la información que necesita para administrar su atención de salud. Esto también lo ayudará a tomar las decisiones correctas.

C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención?

Servicios para Miembros puede ayudarlo a comunicarse con un coordinador de atención. Un coordinador de atención está disponible para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Nuestro equipo de coordinación de cuidados puede llamarlo para preguntarle si desea hablar con un administrador de cuidados.

C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención?

Si desea cambiar su coordinador de atención, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

D. Atención de proveedores

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

Debe elegir a un PCP para que proporcione y supervise su atención médica. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

Qué es un PCP y qué hace un PCP por usted

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en salud, proveyendo o coordinando su cuidado. Su PCP es un profesional de cuidado de la salud que satisface los requisitos del estado y está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Estos incluyen médicos especializados en la práctica familiar, la práctica general, la medicina interna, los ginecólogos-obstetras y la geriatría.

Se puede elegir a un profesional no médico para que sea su PCP. Los profesionales no médicos incluyen enfermeras parteras certificadas, profesionales de enfermería (NP) o asistentes médicos (PA). Se lo conectará con un PCP supervisor, pero continuará recibiendo los servicios del profesional no médico que eligió. Tiene permitido cambiar el profesional que eligió; para hacerlo, hay que cambiar al PCP supervisor. Su tarjeta de ID se imprimirá con el nombre del PCP supervisor. Un especialista también puede desempeñarse como su PCP. Los especialistas deben estar capacitados para ofrecerle la atención que necesita y estar dispuestos a hacerlo.

Además, está limitado a especialistas y centros que han acordado participar en el plan Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Debido a que elegir este plan le exigirá que use solo estos proveedores específicos para su atención, es importante que revise atentamente la lista de proveedores para asegurarse de que incluya los proveedores que utiliza habitualmente. El directorio de proveedores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o rutinaria por parte de su PCP. Su PCP lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- rayos X,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- admisión en un hospital, y
- atención de seguimiento.

La “coordinación” de sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su cuidado y sobre cómo se está desarrollando. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP necesitará obtener una remisión (como a un especialista) y/o una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP le solicitará autorización a nuestro plan o a su grupo médico. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre los servicios y artículos que requieren remisión del médico y/o autorización previa.

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP su historia clínica anterior. Generalmente, consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina.

Si necesita hablar con su médico después del horario laboral normal, llame al consultorio del médico y se lo dirigirá a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener el servicio u otro médico que esté proporcionando cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

Elección de su PCP

Usted deberá elegir un grupo médico contratante de nuestra red cuando se inscriba en nuestro plan. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención médica que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan. También deberá elegir un PCP de este grupo médico contratante. El consultorio de su PCP debe estar en un lugar al que pueda llegar fácilmente. Puede solicitar un PCP que esté, como máximo, a 10 millas o 30 minutos de donde usted vive o trabaja. Puede encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales afiliados) en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* o en nuestro sitio web: go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

Cada grupo médico y PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Si quiere consultar a un determinado especialista u hospital del plan, averigüe primero para asegurarse de que estos especialistas y hospitales están dentro de la red del grupo médico y del PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP aparecen en su tarjeta de membresía.

Si no elige un grupo médico o un PCP, o si elige un PCP que no está disponible en este plan, se le asignará automáticamente un grupo médico y PCP cerca de su hogar.

Para obtener más información sobre cómo cambiar de PCP, vea la sección “Cómo cambiar de PCP”, a continuación.

Opción de cambiar de PCP

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

Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que nuestro plan la recibió. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

Cuando se comunique con nosotros, asegúrese de informarnos si está consultando a especialistas o está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de atención de salud a domicilio y equipo médico duradero). Servicios para Miembros le informará cómo hacer para continuar recibiendo los servicios de especialidad y demás servicios que haya estado recibiendo cuando cambie de PCP. También se asegurarán de que el PCP que usted elija acepte nuevos pacientes. Servicios para Miembros modificará

su registro de miembro para que refleje el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigor el cambio de su nuevo PCP.

Además, le enviarán una tarjeta de miembro nueva con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informarle a Servicios para Miembros si está acudiendo a un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de un PCP. Servicios para Miembros lo ayuda a continuar recibiendo su atención de especialidad y otros servicios cuando cambie su PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión del médico**. Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia recibidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos urgentemente necesarios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios de nuestro plan o si no es razonable dada la hora, el lugar y las circunstancias recibir este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias para el proveedor (como los controles anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicios de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan. Si llama a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicios, podemos ayudarlo a que reciba su diálisis de mantenimiento mientras está lejos.
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye examen de mamas, mamografías de diagnóstico (rayos X de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.

Además, si usted es un Miembro Indígena Norteamericano, puede recibir Servicios Cubiertos de un Proveedor de Atención Médica para Indígenas de su elección, sin necesidad de una remisión de un PCP de la Red ni Autorización Previa.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas:

- Oncólogos que tratan a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Traumatólogos que tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Para que pueda ver a un médico especialista, generalmente necesita obtener la aprobación de su PCP primero. Esto se llama conseguir una “remisión del médico” a un especialista. Es muy importante analizar con su PCP la necesidad de obtener una remisión del médico antes de ver a un especialista u otros proveedores del plan. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica rutinaria de la mujer, como se explica en la **Sección D1**. Si no tiene una remisión del médico antes de recibir los servicios de un especialista o de otros proveedores determinados, posiblemente deba pagar por dichos servicios.

Si el médico especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión del médico que obtiene de su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista o a otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor necesiten obtener una autorización previa del plan. Consulte el **Capítulo 4** de este Manual del Miembro para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Cada PCP puede hacer remisiones del médico a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Dado que algunos PCP participan en redes de remisiones del médico limitadas o específicas, el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desee utilizar, averigüe si su PCP del plan utiliza estos especialistas u hospitales. Por lo general puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En la **Sección D1**, le explicamos cómo cambiar su PCP.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted consulta puede abandonar el plan. Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarles un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le enviaremos una notificación si consultó a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le enviaremos una notificación si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los consultó en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor de la red cualificado nuevo, quien continuará administrando sus necesidades de atención médica.
- Si, en este momento, está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamientos o terapias médicamente necesarios por parte de otro proveedor de la red. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione su atención cuando un proveedor o beneficio de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan a fin de solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar los servicios.

- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Usted puede ver a un proveedor fuera de la red sin una remisión del médico, o autorización previa en el caso de emergencias, o servicios urgentemente necesarios. Los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) están cubiertos sin autorización previa si el miembro está de viaje fuera del área de servicios del plan o si el proveedor no está disponible temporalmente. Si utiliza un proveedor fuera de la red, debe contar con la aprobación previa por escrito. No podemos pagar a un proveedor fuera de la red que no haya sido aprobado para proporcionarle servicios. Si acude a un proveedor sin aprobación, deberá pagar todos los costos de los servicios que reciba.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla con los requisitos para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si acude a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluyendo el cuidado en un centro de enfermería especializada, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y Apoyos Comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Para obtener LTSS, debe cumplir con los criterios clínicos para una (1) o más de las siguientes categorías:

1. Miembros que cumplen con el nivel de atención del Centro de Enfermería A (NF-A) o superior, y los criterios de elegibilidad y necesidad médica.
2. Personas que tienen una lesión cerebral orgánica, adquirida o traumática y/o enfermedad mental crónica, y demuestran una necesidad de asistencia o supervisión en ciertas actividades de la vida cotidiana o ciertas actividades instrumentales de la vida cotidiana.
3. Miembros con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave u otra demencia caracterizada en Etapas 5, 6 o 7.
4. Miembros con deterioro cognitivo leve, incluida la enfermedad de Alzheimer moderada u otra demencia, caracterizada por la enfermedad de Alzheimer en Etapa 4.
5. Individuos con discapacidades del desarrollo que cumplen con los criterios y elegibilidad del Centro Regional.

Para obtener más información sobre cómo obtener LTSS, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página. Consulte el **Capítulo 4** para obtener más información sobre el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS).

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

Usted tiene derecho a acceder a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y Medi-Cal Managed Care. Nuestro plan no proporciona servicios de salud mental especializados ni de trastorno por consumo de sustancias en el condado por parte de Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual local de su condado.

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

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios especiales de salud mental de Medi-Cal proporcionados por las agencias incluidas en la tabla a continuación incluyen lo siguiente:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurnos
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- administración de casos específicos
- reingreso relacionado con la justicia
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio psicótico (FEP)
- servicios de club social terapéutico
- servicios mejorados de trabajadores de la salud comunitarios (CHW)
- empleo asistido
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad
- servicios conductuales terapéuticos
- acogimiento terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos

- servicios intensivos basados en el hogar

Los servicios del programa de Medicamentos de Medi-Cal (DMC) brindados por la entidad del condado que se indica a continuación incluyen:

Condado	**Agencia**
Fresno	Departamento de Salud Conductual de Fresno
Kings	Salud Conductual del Condado de Kings
Madera	Servicios de Alcohol y Medicamentos del Condado de Madera

- servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios
- tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias en el período perinatal
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento con narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido por Medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad

Los servicios de Medi-Cal o del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) están disponibles para usted a través de los proveedores de la modalidad de Pago por Servicio (FFS) de Medi-Cal si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen lo siguiente:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido por Medicamentos)

- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento con narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de la contingencia
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes internados

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede acceder a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados si cumple con los criterios.

También tendrá acceso a los servicios de Salud Conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y administrados a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) Los servicios de Salud Conductual incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Servicios para pacientes ambulatorios: Intervención en casos de crisis, evaluación y terapia a corto plazo, terapia especializada a largo plazo y cualquier otra atención de rehabilitación para pacientes ambulatorios que esté relacionada con el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios y suministros para pacientes internados: Adaptaciones en una habitación con dos camas o más, incluidas las unidades de tratamiento especial, los suministros y los servicios auxiliares que el centro brinda normalmente.
- Atención para pacientes internados y niveles alternativos de atención: Hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios en un centro Certificado por Medicare.

- Desintoxicación: Servicios para la desintoxicación aguda y el tratamiento de condiciones médicas graves relacionadas con el trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados.
- Servicios de emergencia: Pruebas de detección, exámenes y evaluaciones para determinar si hay una condición médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha condición.

Exclusiones y limitaciones de los servicios de Salud Conductual

Para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones de los servicios de Salud Conductual, consulte el **Capítulo 4** Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare, o Medi-Cal.

Procesos que se utilizan para determinar la necesidad médica de los servicios de Salud Conductual

Debe haber una autorización de parte del plan para que se cubran determinados suministros y servicios de Salud Conductual. Para obtener más información acerca de los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el **Capítulo 4**. Para obtener autorización previa para estos servicios, debe llamar a Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711). El plan lo remitirá a un profesional de salud mental contratado cercano, que lo examinará para determinar si se necesita más tratamiento. Si necesita tratamiento, el profesional de salud mental contratado diseñará un plan de tratamiento y lo enviará a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para que se revise. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos si reciben la autorización del plan. Si no hay una autorización de parte del plan, no habrá más servicios ni suministros cubiertos para esa condición médica. Sin embargo, de parte del plan se lo podrá remitir al Departamento de Salud Mental del condado para que lo ayuden a recibir la atención que necesita.

Procedimientos de remisión del médico entre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) y las agencias del condado:

Las remisiones del médico para los servicios de Salud Conductual se pueden realizar entre nuestro plan y las siguientes agencias del condado:

Condado	Agencia
Fresno	Departamento de Servicios de Salud Conductual de Fresno

Condado	Agencia
Kings	Salud Conductual del Condado de Kings
Madera	Departamento de Servicios de Salud Conductual de Madera

Las remisiones del médico a los servicios de Salud Conductual pueden provenir de muchas fuentes, incluidas: de los proveedores de salud conductual del condado, de los administradores de casos del condado, de los PCP, de los miembros y de sus familias. Estas fuentes de remisión del médico pueden comunicarse con nosotros al número que aparece en su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro o al final de esta página. Confirmaremos su elegibilidad y autorizaremos los servicios, si corresponde.

Además, trabajaremos con el condado para brindar las remisiones del médico y la coordinación de atención apropiadas para usted.

Usted podrá remitirse directamente a los servicios de Salud Mental Especializados y/o a los servicios por el abuso de Alcohol y de Drogas ofrecidos por el condado.

Los servicios de coordinación de la atención incluyen la coordinación de los servicios entre PCP, proveedores de salud conductual del condado, administradores de casos del condado y usted y su familia o cuidador, según corresponda.

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo acerca de un servicio de Salud Conductual

Los servicios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que tienen otros beneficios. Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre la presentación de reclamos.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte Médico que No Es de Emergencia

Usted tiene derecho a un transporte médico que no es de emergencia (NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, un autobús o un taxi para sus citas. Se puede proporcionar NEMT para todos los servicios cubiertos por Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, de consumo de sustancias y de farmacia. Si necesita

NEMT, puede hablar con su PCP y solicitarlo. Su PCP decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita NEMT, lo recetarán completando un formulario y enviándolo a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para su aprobación. Según su necesidad médica, puede obtener la aprobación hasta por 12 meses. Su PCP reevaluará su necesidad de NEMT para un máximo de 12 meses.

Un NEMT es una ambulancia, una furgoneta para traslado de pacientes, una furgoneta equipada con acceso para silla de ruedas o un transporte aéreo. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) permite el modo de transporte cubierto con el costo más bajo y el transporte médico que no es de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte para su cita. Por ejemplo, si usted se puede transportar desde el punto de vista físico o médico en una camioneta para silla de ruedas, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no pagará por una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica hace imposible cualquier tipo de transporte terrestre.

El NEMT debe utilizarse en los siguientes casos:

- Usted lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización escrita de su PCP porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que le haya indicado su médico para **citas de rutina** no urgentes, llame a Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 (TTY: 711) por lo menos 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas**, llame lo antes posible. Tenga su Tarjeta de ID de Miembro lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

Límites de transporte médico

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) cubre el transporte médico de menor costo que satisface sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) lo ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* encontrará una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicios de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), a menos que esté previamente autorizado.

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico (NMT) incluyen el viaje hacia y desde sus citas con respecto a los servicios autorizados por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- Viaja hacia y desde una cita para hacer uso de un servicio autorizado por su proveedor, **o**
- Retira medicamentos con receta y suministros médicos.

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública/privada de llegar a su cita para los servicios autorizados por su proveedor. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) utiliza ModivCare para organizar el NMT. Cubrimos el tipo de NMT con el costo más bajo que satisfaga sus necesidades.

A veces, puede recibir un reembolso por los viajes en un vehículo privado que organice. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) debe aprobar esto **antes** de que usted reciba el transporte y debe decirnos por qué no puede trasladarse de otra manera, por ejemplo, por autobús. Puede informarnos por teléfono, correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo**.

El reembolso de millas requiere lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor.
- Registro del vehículo del conductor.
- Constancia de seguro de automóvil para el conductor.

Para solicitar un viaje por servicios que han sido autorizados, llame a Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-236-2366 por lo menos 72 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga su Tarjeta de ID de Miembro lista cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

Nota: Los miembros de las comunidades indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su clínica de salud indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) proporciona el NMT de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir ni recibir reembolsos directamente.**

El NMT **no** aplica para los siguientes casos:

- Se necesita una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no es de emergencia para llegar a un servicio.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica física o mental.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede moverse dentro ni fuera del vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare ni Medi-Cal.

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

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

- un riesgo grave para su vida o para la de su hijo por nacer; **o**
- la pérdida o un daño grave a las funciones del cuerpo; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:
  - No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
  - El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Realizaremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, preferiblemente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio tiene un límite de $50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura Internacional de Emergencia/Urgencia” en la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo finaliza la emergencia médica. Ellos seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Le recomendamos que haga un seguimiento con su proveedor de atención primaria dentro de los 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia. Es posible que reciba una llamada de nuestro equipo de atención médica para ayudarle a obtener las citas de seguimiento necesarias y obtener otros beneficios útiles de recuperación.

Si obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trataba de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, luego de que el médico indique que no fue una emergencia, cubrimos la atención adicional solo en estas situaciones:

- Usted consulta a un proveedor de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. Consulte la siguiente sección.

H2. Cuidado urgentemente necesario

El cuidado urgentemente necesario es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener un rebrote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

Cuidado urgentemente necesario en el área de servicios de nuestro plan

Cubrimos el cuidado urgentemente necesario solo si cumple estas condiciones:

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

Si no puede o no es razonable obtener la atención de un proveedor de la red, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado urgentemente necesario que obtiene de un proveedor fuera de la red.

En caso de emergencia, llame al “911” o acuda al hospital más cercano.

Si su situación no es grave, llame a su PCP o grupo médico. Si no puede comunicarse con ellos o necesita atención médica de inmediato, diríjase al centro médico, centro de atención de urgencia u hospital más cercano.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería en cualquier momento, de día o de noche. Usted puede comunicarse con nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando al 1-833-236-2366 (TTY: 711) que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros si llama al número que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de Miembro o al final de esta página si necesita ayuda para encontrar un proveedor. Servicios para Miembros también puede transferirlo a la Línea de Asesoramiento de Enfermería.

Cuidado urgentemente necesario fuera del área de servicios de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios de nuestro plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado urgentemente necesario que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias para el proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicios de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias.

Usted está cubierto por un monto de cobertura de hasta $50,000 cuando viaja fuera de los Estados Unidos bajo su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los montos que excedan esta cantidad no se cubrirán.

El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Además, no se dispensa la distribución de costos de sala de emergencias si es hospitalizado para recibir cuidado en hospital para pacientes internados.

Comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas, si es posible, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte “Atención de Emergencia” y “Servicios Urgentemente Necesarios” en la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de este Manual del Miembro o llame a *Servicios para Miembros* al número que figura en la parte inferior de la página.

Los servicios urgentemente necesarios que se reciben fuera de los Estados Unidos podrían ser considerados una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Atención de Emergencia” en la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

H3. Cuidado durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: go.wellcare.com/WCandCVH.

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

I. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos

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

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos hacerle un reembolso.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que se detallan en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- los obtenga siguiendo las reglas del plan.

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

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explica qué debe hacer si quiere que cubramos un servicio o un artículo médico. También se explica cómo presentar una apelación de nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para

conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

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

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede continuar estando inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación, pero le recomendamos que nos avise o a su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los afiliados, lo alentamos a que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comidas para una estadía en un hospital que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación

- tratamiento de efectos secundarios y complicaciones relacionadas con la nueva atención

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted tendrá que pagar todos los costos de su participación en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare y Estudios de Investigación Clínica”, en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud.

Este beneficio se proporciona únicamente en servicios para pacientes internados (servicios no médicos de cuidado de la salud) de Medicare Part A.

K2. Atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado.”

- El tratamiento médico “no exceptuado” se refiere a la atención o el tratamiento que son **voluntarios y no exigidos** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sean voluntarios y se exijan** conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro:
    - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado en hospital para pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
    - Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su internación **no** será cubierta.

La cobertura del cuidado en hospital para pacientes internados es ilimitada, siempre y cuando cumpla con los requisitos mencionados anteriormente.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Obtenga DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados artículos medicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, puede adquirir la propiedad del DME, siempre y cuando sea médicamente necesario y deba utilizar el artículo a largo plazo. Además, el artículo debe estar autorizado, organizado y coordinado por su PCP, grupo médico y/o por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Para obtener información acerca de los requisitos de alquiler o propiedad de equipo médico duradero y la documentación que debe proporcionar, llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

Si adquiere la propiedad de un artículo de DME mientras es miembro de nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturarle al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de DME para los que no adquirirá la propiedad. Llame a Servicios para Miembros para informarse sobre los requisitos de alquiler o propiedad de los DME y la documentación que debe proporcionar.

Aunque haya tenido el DME durante 12 meses consecutivos mientras estaba afiliado a Medicare antes de haberse afiliado a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

L2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan MA para ser propietario del DME en los siguientes casos:

- no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan, **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare o a un plan MA antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o a MA no cuentan como parte de los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan MA para ser propietario del DME.
- No haremos excepciones cuando vuelva a afiliarse a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan

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

- alquiler de equipos de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

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

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

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- equipo de oxígeno y suministros durante un máximo de cinco años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco años**, sucederá lo siguiente:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted alquila el equipo de un proveedor durante 36 meses.
- El proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre el plan Original Medicare. Puede preguntar en su nuevo plan MA qué equipo de oxígeno y qué suministros están cubiertos y cuáles serán los costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Nuevos miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de solicitar su inscripción en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Es posible que aún reciba sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud anterior de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

Índice

A. Sus servicios cubiertos 84

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios 84

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan 84

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan 89

E. Apoyos Comunitarios 159

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 164

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT) 164

F2. Medi-Cal Dental 165

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) 166

F4. 1915(c) Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 166

F5. Servicios de Salud Conductual del Condado Proporcionados Fuera de Nuestro Plan (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias) 170

G. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal 173

A. Sus servicios cubiertos

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

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

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

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. (La cobertura de medicamentos se trata en el **Capítulo 5).** Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación. No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los siguientes requisitos.

- Debemos brindar sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal según las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y de abuso de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos, deben ser “médicamente necesarios.” “Medicamente necesarios” son

los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. Un servicio es "médicamente necesario" cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante o aliviar un dolor intenso.

- Para los nuevos afiliados, es posible que durante los primeros 90 días no le exijamos que obtenga aprobación por adelantado para cualquier curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Obtiene esta 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, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o un cuidado urgentemente necesario, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión del médico. Esto significa que es posible que usted deba pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba fuera de la red. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* hay más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.

- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama remisión del médico. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, hay más información sobre cómo obtener una remisión del médico y las situaciones en las que **no** necesita una.

- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos en cursiva los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan PA.

- Si nuestro plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor del tratamiento.

- Al igual que todos los planes de salud Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Para saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted* 2027. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 3 meses considerado de elegibilidad continua, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura de Medi-Cal puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando termine su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos por sus beneficios de Medi-Cal. Pagaremos la distribución de costos de Medicare que hubiera pagado Medi-Cal si no hubiera perdido los beneficios. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

  Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si se restaura su elegibilidad para Medi-Cal mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con nosotros continuará. Si recupera la elegibilidad para Medi-Cal después de que cancelemos la inscripción en nuestra cobertura de Medicare, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información Importante de Beneficios para Miembros con Ciertas Condiciones Crónicas.

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas:
  - Trastornos autoinmunitarios
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares
  - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
  - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o retengan el funcionamiento
- Condiciones con problemas funcionales
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Endometriosis
- HIV/AIDS
- Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión
- Trastornos neurológicos
- Sobrepeso, obesidad, y síndrome metabólico
- Después de un trasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular

- Su plan ofrece Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI). Estos beneficios están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una o más condiciones crónicas elegibles y que cumplen con **todos** los requisitos de elegibilidad definidos por CMS:

  - Tiene una o más condiciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en riesgo la vida o limitan de forma significativa la salud general o el funcionamiento del afiliado
  - Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud
  - Requiere coordinación de cuidados intensivos

- El diagnóstico de una condición crónica por sí solo no garantiza que la persona reúna los requisitos de elegibilidad. **Además de tener una o más condiciones crónicas que califiquen, la elegibilidad para SSBCI se determina según si el miembro presenta uno o más de los siguientes:**

  - Antecedentes de hospitalización o visitas al servicio de ED, y/o
  - Uso frecuente de servicios para pacientes ambulatorios o atención especializada, y/o

- Evidencia de control deficiente de la enfermedad o de cumplimiento inadecuado de la medicación, y/o
- Necesidades sociales no médicas (SDOH) que afectan a los resultados de salud
- La elegibilidad se determina después de su inscripción en el plan, mediante criterios objetivos y documentados basados en la información disponible como historias clínicas, reclamaciones, evaluaciones de administración de cuidados, documentación del proveedor y otra información complementaria.
- En el caso de los nuevos miembros sin suficiente historial de reclamaciones, se puede presentar una declaración del proveedor para respaldar la revisión de elegibilidad. La presentación de una declaración no garantiza la aprobación, ya que la elegibilidad se determina en función de si el miembro cumple todos los criterios de elegibilidad requeridos.
- Se requiere la confirmación de que se cumplen todos los criterios de elegibilidad antes de recibir acceso a los beneficios. Wellcare le notificará si es elegible y le dará instrucciones sobre cómo acceder a los beneficios SSBCI. Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios o su elegibilidad, llame al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su Tarjeta de ID de Miembro.
- La elegibilidad de SSBCI se aplica solamente al año actual del plan y termina el 31 de diciembre. Los miembros deben cumplir con los requisitos de elegibilidad cada año del plan para continuar recibiendo estos beneficios.

- Para obtener más información, consulte la fila Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas de la Tabla de Beneficios a continuación.

- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión del médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS).	$0
	Acupuntura Se cubrirán hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura durante 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define de la siguiente manera: ● con duración de 12 semanas o más; ● no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); ● no asociado con una cirugía; ● no asociado con el embarazo. Además, pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted demuestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico por año. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Acupuntura (continuación) Se deben suspender los tratamientos de acupuntura si usted no muestra una mejoría o si empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería (NP)/los enfermeros especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen alguno de los siguientes: ● un máster o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, ● una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos, o del District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Acupuntura (continuación) Una vez que haya agotado sus beneficios de Medicare, los servicios se limitan a un máximo de 2 servicios por mes, o una combinación de 2 servicios por mes con los siguientes servicios: acupuntura, quiropráctica, acupuntura, terapia ocupacional, patología del habla, audiología, o podología.	
	Análisis del uso indebido de alcohol y asesoramiento Pagaremos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas. Si se confirma su abuso de alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si puede y presta atención durante el asesoramiento), proporcionadas por un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un centro de cuidado primario.	$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de transporte aéreo y terrestre (avión o helicóptero). La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención. Su condición médica debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su salud o su vida. Para otros casos (que no sean de emergencia), debemos aprobar los servicios de ambulancia. En casos que no son emergencias, podríamos cubrir una ambulancia. Su condición médica debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen físico anual de rutina Examen físico anual incluye examen del corazón, los pulmones, sistemas abdominal y neurológico, así como también un examen físico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y antecedentes familiares/médicos detallados, además de los servicios incluidos en la Visita Anual de Bienestar. Los siguientes son ejemplos de servicios que se pueden realizar o solicitar durante el examen: ● Realizar mediciones rutinarias (altura, peso, presión arterial) ● Evaluar los factores de riesgo de enfermedades prevenibles ● Comprobar los reflejos y los signos vitales ● Análisis de laboratorio (muestras de orina y sangre)	$0
	Visita anual de bienestar Puede recibir un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses a partir de su visita preventiva **Le Damos la Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que haya tenido la visita de **Bienvenido a Medicare** para tener cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0
	Servicios preventivos para el asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar factores desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medición de masa ósea Se cubrirán algunos procedimientos para miembros que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que observe y comente los resultados.	$0
	Detección del cáncer de mama (mamografías) Se cubrirán los siguientes servicios: ● una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años ● una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante ● exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses.	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con algunas condiciones y contar con la remisión del médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: ● ataque cardiaco en los últimos 12 meses ● cirugía de derivación de la arteria coronaria ● angina de pecho estable (dolor de pecho) **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (continuación) ● reparación o reemplazo de válvulas cardíacas ● angioplastia coronaria (procedimiento médico que se utiliza para abrir una arteria bloqueada) o stent coronario (procedimiento que se utiliza para mantener abierta una arteria) ● trasplante de corazón o de corazón y pulmón ● insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una dura una hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, podrá obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un período de tiempo más largo.	
	Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Se cubrirá una visita por año a su proveedor de atención primaria (PCP), o más si es médicamente necesario, para ayudarle a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la visita, el médico puede hacer lo siguiente: ● analizar el uso de la aspirina (aspirin), ● controlarle la presión arterial, **y/o** ● darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón) Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	$0
	Detección del cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal Se cubrirán los siguientes servicios: ● para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses ● para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses ● para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses ● para las mujeres que tienen entre 30 y 65 años: una prueba del virus del papiloma humano (HPV) o un examen de Papanicolaou más una prueba del HPV una vez cada cinco años.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios quiroprácticos Se cubrirán los siguientes servicios: ● ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Con la excepción de miembros que están embarazadas, o residentes en un centro de enfermería especializada o de cuidado a largo plazo, los beneficios quiroprácticos de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir el esguince, la tensión o la dislocación de la columna vertebral o el cuello están cubiertos para miembros de Medi-Cal solo cuando los proporcionan proveedores quiroprácticos contratados. Es posible que se necesiten remisiones para los FQHC, RHC e IHCP fuera de la red. Los servicios quiroprácticos son: ● Limitado a un máximo de dos servicios por mes, en combinación con los servicios de audiología, acupuntura, terapia ocupacional y terapia del habla. Los límites no se aplican a los miembros que son niños menores de 21 años, embarazadas o residentes en un centro de enfermería especializada o cuidado a largo plazo. ● Limitado al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual (solo un tratamiento manipulativo quiropráctico es reembolsable cuando es facturado por el mismo proveedor, para el mismo beneficiario y fecha de servicio). El cuidado de mantenimiento no se considera médicamente razonable y necesario, por lo que no está cubierto. La cobertura para servicios quiroprácticos se limita a aquellos servicios prestados por un médico de quiropráctica, osteopatía o medicina licenciado por el estado de California.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Detección del cáncer colorrectal Se cubrirán los siguientes servicios: ● La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección previa. ● La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer el pago de una colonografía de detección por tomografía computarizada cuando hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de cribado o la última colonoscopia de detección. ● Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. ● Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Detección del cáncer colorrectal (continuación) ● Prueba multidiana de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. ● Pruebas de Biomarcadores en Sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. ● Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare con un resultado positivo. ● Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material orgánico, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.	
	Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) Los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) son un programa comunitario de cuidado diurno que brinda servicios a personas mayores y adultos con discapacidades o condiciones médicas, cognitivas y/o de salud mental crónicas que los ponen en riesgo de necesitar atención en una institución. El Programa CBAS es una alternativa a la atención institucional para los beneficiarios de Medi-Cal que pueden vivir en su casa con la ayuda de servicios de salud, rehabilitación, atención personal y servicios sociales apropiados. El Programa CBAS hace hincapié en la colaboración con el participante, la familia y/o cuidador, el médico de atención primaria y la comunidad con miras a mantener la independencia personal. Los servicios ofrecidos en el centro incluyen lo siguiente: **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) (continuación) ● Servicios profesionales de enfermería ● Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla ● Servicios de salud mental ● Actividades terapéuticas ● Servicios Sociales ● Cuidado Personal ● Comidas calientes y asesoramiento nutricional ● Transporte de ida y vuelta al domicilio del participante **Nota:** Si no hay un centro CBAS disponible, podemos brindar estos servicios por separado.	
	Servicios dentales Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, y se describe en la **Sección F2** a continuación. Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de órganos. Para los miembros de Medi-Cal, muchos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental, que incluye, entre otros, los siguientes servicios: ● Exámenes dentales (cada 12 meses) **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios dentales (continuación) • Limpieza dental (cada 12 meses) • Limpieza dental y alisado radicular • Laca fluorídica (cada 12 meses) • Rayos X • Empastes • Coronas • Conductos radiculares • Prótesis dentales parciales y completas • Rebasado de prótesis dentales • Extracción de dientes • Servicios de emergencia Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con el Centro de Servicios Telefónicos al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar el sitio web smilecalifornia.org para obtener más información.	
	Detección de la depresión Se cubrirá un examen de detección de la depresión una vez al año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y/o remisiones del médico.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Detección de la diabetes Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: ● presión arterial alta (hipertensión) ● antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ● obesidad ● antecedentes hiperglucemia (glucosa) Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede calificar para hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de la diabetes más reciente.	$0
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina (insulin) o no): ● Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: ○ un monitor de control de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para el control de glucosa en sangre ○ dispositivos tipo lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación) ● Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; **o** ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos) ● En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Dexcom y FreeStyle Libre son nuestras marcas preferidas de monitores continuos de glucosa. Para obtener más información sobre los artículos que se encuentran en las listas de suministros preferidos para monitoreo y pruebas de diabetes, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted utiliza suministros para pruebas y monitoreo de la diabetes que son no preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta o para solicitar una autorización previa para un monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas no preferidas. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación) Si compra suministros para pruebas de diabetes en una farmacia minorista, también debe presentar su Tarjeta BIC de Medi-Cal al farmacéutico para que pueda facturar adecuadamente a nuestro plan, así como a Medi-Cal Rx.	
	Servicios de doula Para las personas embarazadas, pagamos nueve consultas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto. También se pueden proporcionar hasta nueve pospartos adicionales.	$0
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME).” Cubrimos los siguientes artículos: ● sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas ● muletas ● colchones eléctricos ● almohadillas de presión en seco para colchones ● suministros para diabéticos ● camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar ● bombas y poste de infusión intravenosa (IV) ● dispositivos generadores del habla **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) ● suministros y equipo de oxígeno ● nebulizadores ● andadores ● bastones estándar de agarradera curva o de cuatro apoyos y los suministros de reemplazo ● equipo de tracción cervical (de puerta) ● estimulador óseo ● equipo para el cuidado del sistema de diálisis Es posible que cubramos otros artículos. Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto. Comuníquese con Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar otro proveedor que pueda abastecerlo con el producto específico. También se cubre el equipo médico duradero para su uso fuera del hogar, que no está cubierto por Medicare.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Atención de emergencia La atención de emergencia comprende los servicios que: ● son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, ● son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que esto sea: ● un riesgo grave para su salud o para la de su hijo por nacer; **o** ● un daño grave a las funciones del cuerpo; **o** ● una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo; **o** ● pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad. ● En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Atención de emergencia (continuación) Cobertura Internacional de Emergencia/Urgencia. Se define como atención de urgencia, de emergencia, y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos. ● Se limita a servicios que serían clasificados como de emergencia, de cuidado urgentemente necesario o posteriores a la estabilización si hubieran sido brindados en los Estados Unidos. ● Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de otro modo podría poner en peligro su salud. ● Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de divisas o de transacción) no están cubiertos. Estados Unidos significa los 50 estados, el District of Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, las Northern Mariana Islands y la American Samoa.	Copago de $115 No se exime la distribución de costos por visita de servicios urgentemente necesarios/sala de emergencias a nivel mundial si lo admiten para brindarle cuidado en hospital para pacientes internados. Hay un límite anual de $50,000 para la cobertura Internacional de emergencia/urgencia.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar. Se cubrirán los siguientes servicios: ● examen de planificación familiar y tratamiento médico ● pruebas de diagnóstico y laboratorio de planificación familiar ● métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos) ● suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón cervical) ● Servicios limitados de fertilidad, como asesoramiento y educación sobre técnicas de concientización sobre fertilidad, y/o asesoramiento de salud antes de la concepción, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) ● asesoramiento y pruebas para detectar HIV y AIDS, y otras enfermedades relacionadas con el HIV ● métodos anticonceptivos permanentes (debe tener más de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización, dentro de los 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). ● asesoría genética También se cubrirán otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red de proveedores sobre los siguientes servicios: **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de planificación familiar (continuación) ● tratamiento para la infertilidad (Este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). ● tratamiento para el AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV ● prueba genética	
	Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos varios programas que se centran en ciertas enfermedades. Estos incluyen los siguientes: ● clases de educación para la salud; ● clases de educación sobre nutrición; ● cese del consumo de tabaco y de fumar; **y** ● línea directa de enfermería. ○ Línea telefónica de Asesoramiento de Enfermería gratuita con personal de enfermería calificado y autorizado, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal de enfermería proporciona orientación para cuestiones relacionadas con la salud, ayudan a los miembros a determinar el nivel de atención más apropiado y ofrecen apoyo para problemas de salud que no sean de emergencia. Puede acceder a la Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando a Servicios para Miembros y solicitando una transferencia a la Línea de Asesoramiento de Enfermería.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de audición Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos los siguientes: ● moldes, suministros e insertos ● reparaciones ● un juego inicial de baterías ● seis visitas para capacitación, y ajustes con el mismo proveedor después de recibir el audífono ● un período de alquiler de prueba de los audífonos ● dispositivos auditivos auxiliares, dispositivos auditivos de conducción ósea de superficie ● servicios de audiología y evaluación posterior relacionados con audífonos	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*
	Detección del HIV Se cubre un examen de detección del HIV cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente: ● solicitan una prueba de detección del HIV, **o** ● Tienen un mayor riesgo de infección por HIV. Si está embarazada, cubrimos hasta tres pruebas de detección del HIV durante el embarazo. También pagaremos otras pruebas de detección del HIV cuando lo recomiende su proveedor.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Agencia de cuidado de salud a domicilio Antes de que pueda obtener servicios de atención de salud a domicilio, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de cuidado de salud a domicilio debe proporcionarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y de un asistente de salud a domicilio, deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● servicios médicos y sociales ● equipos y suministros médicos	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.
	Terapia de infusión en el hogar El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente: ● la sustancia biológica o el medicamento, como un antiviral o inmunoglobulina (immune globulin); ● el equipo, como una bomba; **y** ● suministros, como tubos o un catéter. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Terapia de infusión en el hogar (continuación) Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: ● servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; ● la capacitación y educación del miembro no están incluidas en el beneficio de DME; ● monitoreo a distancia; **y** ● servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	
	Centro de cuidado para pacientes terminales Usted tiene el derecho de elegir un centro de cuidado para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado para pacientes terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de un centro de cuidado para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos programas que nos pertenecen, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidado para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: ● medicamentos para tratar los síntomas y el dolor **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Centro de cuidado para pacientes terminales (continuación) ● cuidados de relevo de corto plazo ● cuidado en el hogar **Cuando lo admiten a un centro de cuidado para pacientes terminales, tiene el derecho de permanecer en el plan.** **Los servicios en un centro de cuidado para pacientes terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** ● Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidados para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de un centro de cuidado para pacientes terminales, su proveedor de servicios de cuidados para pacientes terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B:** ● Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted paga por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de nuestro plan:** ● Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Centro de cuidado para pacientes terminales (continuación) **Nota:** Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para los cuidados paliativos, que proporcionan atención centrada en el paciente y la familia en equipo para mejorar su calidad de vida. Es posible que reciba cuidados paliativos al mismo tiempo que los cuidados curativos/regulares. Consulte la sección Cuidados Paliativos a continuación para obtener más información. **Nota:** Si necesita atención que no está relacionada con el centro de cuidado para pacientes terminales, llame a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para pacientes terminales son cuidados que **no están** relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consultas en un centro de cuidado para pacientes terminales (por única vez) para un miembro enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado para pacientes terminales.	
	Inmunizaciones Se cubrirán los siguientes servicios: ● vacunas contra la neumonía ● vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias ● vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce sus antecedentes de vacunación o tiene cualquier otra condición que le ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B ● Vacunas contra la COVID-19 **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Inmunizaciones (continuación) ● vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) ● otras vacunas si es persona de riesgo y las mismas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.	
	Cuidado en hospital para pacientes internados Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí: ● habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) ● comidas, incluyendo las dietas especiales ● servicios regulares de enfermería ● costo de unidades de cuidado especial, como unidades de cuidado intensivo o cuidado coronario ● medicamentos y medicinas ● pruebas de laboratorio ● Rayos X y otros servicios de radiología ● suministros médicos y quirúrgicos necesarios ● aparatos, como sillas de ruedas ● servicio de salas de operación y recuperación ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● servicios por abuso de sustancias para pacientes internados **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Debe obtener la aprobación del plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en hospital para pacientes internados (continuación) ● en algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplante intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. ● sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. ● servicios médicos **Nota:** Para que pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si usted no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. ● Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, se cubrirán los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos para pacientes internados médicamente necesarios. La autorización para la atención después de los 190 días se coordinará con la agencia de salud mental del condado. ○ El límite de 190 días **no** se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. ● Si usted tiene 65 años o más, se cubrirán los servicios que recibe en un Instituto para Enfermedades Mentales (IMD).	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta No pagamos por su estadía como paciente internado si usted ha usado todo su beneficio como paciente internado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en algunos casos en los que no se cubre la atención para pacientes internados, puede que se cubran los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta (continuación) ● servicios médicos ● pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio ● Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos ● apósitos quirúrgicos ● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones ● prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), **o** ○ la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. ● aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y brazos, piernas y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. ● fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios y suministros para enfermedades renales Se cubrirán los siguientes servicios: ● Servicios de educación sobre enfermedad renal para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. ● Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. ● Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. ● Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. ● Equipos y suministros de diálisis en el hogar ● Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para controlar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos: ● tiene entre 50 y 77 años, **y** ● tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** ● ha fumado, al menos, un paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años Luego del primer examen de detección, nuestro plan cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para pruebas de detección del cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico. Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su condición médica, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas: ● cambio nutricional a largo plazo, **y** ● aumento de la actividad física**, y** ● formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0
	Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: ● medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ● insulina (insulin) suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina (insulin) médicamente necesaria) ● otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan ● el medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) ● los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia ● medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre ● medicamentos inyectables para trata la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento ● algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión apropiada ● ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si se trata de un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) ● medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas ● ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos o Medicare Part B ● medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar ● ciertos fármacos para la diálisis en el hogar que incluyen la heparina (heparin), el antídoto para la heparina (heparin) (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos ● agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina (erythropoietin) por inyección si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Retacrit®) ● Inmunoglobulina (immune globulin) IV para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. ● nutrición parenteral y enteral (IV y por sonda) El siguiente enlace redirige a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: go.wellcare.com/CAStepTherapy. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) También cubrimos algunas vacunas por medio de Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos por medio de nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que debe seguir para tener cubiertas las recetas. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* se explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	
	Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en un hospital. Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, los siguientes: ● habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) ● comidas, incluyendo las dietas especiales ● servicios de enfermería ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● terapia respiratoria ● medicamentos que se obtienen como parte de su plan de atención. (Incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea). ● sangre, incluido su almacenamiento y administración ● suministros médicos y quirúrgicos administrados generalmente en centros de enfermería **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Atención en un centro de enfermería (continuación) ● pruebas de laboratorio realizadas generalmente en centros de enfermería ● Rayos X y otros servicios de radiología brindados generalmente en centros de enfermería ● uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados generalmente por centros de enfermería ● servicios de médicos y profesionales ● equipo médico duradero ● servicios dentales, incluidas las prótesis dentales ● beneficios de la vista ● exámenes de audición ● atención quiropráctica ● servicios de podología Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan: ● un centro de enfermería o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted haya residido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centro de enfermería). ● un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarle a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.	$0
	Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: ● actividades de admisión ● evaluaciones periódicas ● medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y suministro de estos medicamentos ● asesoramiento por consumo de sustancias ● terapia individual y grupal ● pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	*$0* *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí: ● Rayos X ● radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y los suministros para los técnicos ● suministros quirúrgicos, como apósitos ● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones ● pruebas de laboratorio ● sangre, incluido su almacenamiento y administración ● pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), MRI, EKG y PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar una condición médica ● otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Cubrimos los servicios de observación de pacientes ambulatorios en el hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son provistos por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como los siguientes: ● Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios ● Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital ● Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes internados ● Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital ● Suministros médicos, como férulas y yesos ● Algunos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda administrarse	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores: ● un médico o psiquiatra con licencia estatal ● un psicólogo clínico ● Un trabajador social clínico (CSW) ● un especialista en enfermería clínica (CNS) ● un asesor profesional con licencia (LPC) ● un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) ● un profesional de enfermería (NP) ● un asistente médico (PA) ● cualquier otro profesional calificado de salud mental de Medicare, según lo permitido en las leyes estatales aplicables Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● servicios clínicos; ● tratamiento de día; ● servicios psicosociales de rehabilitación. ● programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios ● evaluación y tratamiento individual y grupal de la salud mental ● exámenes psicológicos cuando son indicados clínicamente para evaluar un resultado de salud mental **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) ● servicios para pacientes ambulatorios para controlar la terapia de medicamentos ● servicios de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios ● consultas psiquiátricas	
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), entre otros.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.
	Servicios para tratar el trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● análisis del uso indebido de alcohol y asesoramiento ● tratamiento para el abuso de sustancias ● asesoramiento grupal o individual brindado por un médico clínico calificado ● desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones ● servicios en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios por consumo de alcohol y/o sustancias ● tratamiento con Naltrexona (Naltrexone) (Vivitrol) de liberación prolongada	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si usted tiene una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.
	Cuidados paliativos Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporciona atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida mediante la anticipación, la prevención y el tratamiento del sufrimiento. Los cuidados paliativos **no son** un centro de cuidado para pacientes terminales; por lo tanto, no es necesario que tenga una esperanza de vida de seis meses o menos para calificar para los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se proporcionan al mismo tiempo que los cuidados curativos/regulares. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: ● planificación anticipada de la atención ● evaluación y consulta de cuidados paliativos ● un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios médicos sociales y de salud mental ● servicios de su equipo de atención designado **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidados paliativos (continuación) ● coordinación de atención ● manejo del dolor y los síntomas Es posible que no reciba cuidados para pacientes terminales y cuidados paliativos al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con los requisitos para recibir cuidados para pacientes terminales, puede solicitar cambiar a atención en un centro de cuidado para pacientes terminales en cualquier momento.	
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o a través de un centro comunitario de salud mental, y es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional matriculado. Es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud conductual (mental) que se presta como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud habilitado federalmente o en una clínica de salud rural. Es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que una hospitalización parcial. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Se cubrirán los siguientes servicios: ● servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en los siguientes lugares: ○ consultorio de un médico; ○ centro de cirugía ambulatoria certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. ○ cualquier otro lugar ● consulta, diagnóstico y tratamiento provistos por un especialista ● exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento ● Ciertos servicios de telesalud, incluyen Servicios Urgentemente Necesarios, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Médico de Atención Primaria, Terapia Ocupacional, Especialista, Sesiones Individuales y Grupales de Salud Mental, Servicios de Podología, Otro Profesional de Atención Médica, Sesiones Individuales y Grupales para Servicios de Psiquiatría, Servicios de Patología del Habla y Fisioterapia, Sesiones Individuales y Grupales Ambulatorias para Abuso de Sustancias y Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio a través de telesalud. ● nuestro plan ofrece acceso a visitas virtuales con médicos certificados a través de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a abordar una amplia variedad de preocupaciones/preguntas de salud. Entre los servicios cubiertos, se incluye la medicina general, la salud conductual, la dermatología y más. ● una consulta virtual (también conocida como teleconsulta) es una consulta con un médico por teléfono o Internet mediante un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Para algunos tipos de consulta, es posible que necesite Internet y un dispositivo con cámara. ● algunos servicios de telesalud incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ● servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del miembro **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ● servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular ● servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, sin importar su localización ● servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental ● servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud habilitados federalmente ● verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante cinco a diez minutos **si** ○ usted no es un paciente nuevo **y** ○ el registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días **y** ○ el registro no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible ● Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ usted no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos siete días **y** **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ la evaluación no implica una visita al consultorio en 24 horas o la cita más próxima disponible ● Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	
	Servicios de podología Se cubrirán los siguientes servicios: ● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● cuidado de los pies rutinario para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes Una vez agotados los beneficios de Medicare, se limitan a un máximo de dos servicios por mes calendario, a menos que se obtenga una autorización para servicios adicionales.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV (continuación) Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: ● Medicación oral o inyectable para la PrEP aprobada por la FDA que incluye la tarifa por inyectarse el medicamento, si corresponde. ● Hasta ocho sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y el cumplimiento de los medicamentos) cada 12 meses. ● Hasta ocho exámenes de detección del HIV cada 12 meses. ● Un examen único de detección del virus de la hepatitis B.	
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses: ● examen de tacto rectal digital ● prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Esto incluye, entre otros, lo siguiente: ● pruebas, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos ● bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención de colostomía **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados (continuación) ● nutrición enteral y parenteral, incluidos los equipos de suministros para alimentación, la bomba de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los suministros para las inyecciones autoadministradas ● marcapasos ● aparatos ortopédicos ● calzado protésico ● piernas y brazos artificiales ● prótesis mamarias (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) ● prótesis para reemplazar toda o una parte externa del rostro que haya sido extraída o afectada debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito ● crema y pañales para la incontinencia. Se pagarán algunos dispositivos relacionados con las prótesis y aparatos ortopédicos. También se cubren las reparaciones o los dispositivos de reemplazos de prótesis y aparatos ortopédicos. Ofrecemos cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Consulte “Cuidado de la visión” más adelante en esta tabla, para obtener más información.	
	Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión del médico para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la COPD.	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C. Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su proveedor de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita uno y usted cumple con una de estas condiciones: ● Está en alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. ● Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. ● Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera de alto riesgo, pagaremos un examen de detección una vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba negativa de detección de la hepatitis C), cubrimos exámenes de detección anuales.	$0
	Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de una STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagaremos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12.** Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria ● comidas, incluyendo las dietas especiales ● servicios de enfermería especializada ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea ● sangre, incluido su almacenamiento y administración ● suministros médicos y quirúrgicos administrados en los SNF ● Pruebas de laboratorio realizadas por SNF ● Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. ● uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados por centros de enfermería ● servicios de médicos/proveedores **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Usted obtendrá atención de SNF en centros de la red. En determinadas circunstancias, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan: ● un centro de enfermería o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted haya residido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centro de enfermería) ● un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital	
	Cese del consumo de tabaco y dejar de fumar El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto de forma ambulatoria y hospitalaria para las personas que cumplen estos criterios: ● consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco ● son competentes y alertas durante el asesoramiento ● un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Plataforma de Asistencia Social Nuestro plan proporciona una plataforma de asistencia social en línea para ayudar a apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas, participación en la comunidad y recursos patrocinados por el plan para ayudar a manejar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita la participación y el seguimiento continuo para ayudarle a gestionar sus necesidades de salud conductual. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por lo que puede utilizarla siempre que lo desee. La plataforma de asistencia social incluye lo siguiente: ● Programas de bienestar a medida: acceda a los programas autoguiados personalizados de 4 semanas diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, incorporando información de expertos sobre el envejecimiento saludable para la asistencia específica a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para controlar las mejoras en su salud. ● Apoyo de Expertos y Colegas: Conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado donde pueda interactuar con colegas y expertos en salud calificados. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios adicionales de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) en función de sus interacciones y necesidades identificadas. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Plataforma de Asistencia Social (continuación) ● Herramientas de salud digital personalizadas: participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitiva conductual, la conciencia plena y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas como el envejecimiento saludable, el manejo del aislamiento, el cuidado, el dolor y la búsqueda de objetivos en el envejecimiento, entre otros. Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros go.wellcare.com/member o llamando a Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) al número que aparece en la parte inferior de la página. Después de registrarse, puede acceder a la plataforma directamente en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.	
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas Si califica para Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Debe cumplir con ciertos criterios, incluido tener un diagnóstico documentado y activo para una o más condiciones que califican. La condición debe ser potencialmente mortal o limitar significativamente su salud o función general. Además, debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requerir la coordinación de cuidados intensivos. Las afecciones crónicas que califican incluyen: **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) Trastornos autoinmunitarios; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD); Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Enfermedad gastrointestinal crónica; Insuficiencia cardíaca crónica, Enfermedad renal crónica (CKD); Trastornos pulmonares crónicos; Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo; Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento; Condiciones con problemas funcionales; Demencia; Diabetes mellitus; HIV/AIDS; Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión; Trastornos neurológicos; Sobrepeso, Obesidad y síndrome metabólico; Trasplante de órganos posterior; Trastornos hematológicos graves; Accidente cerebrovascular. Consulte el **Capítulo 4, Sección C**, para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para los beneficios a continuación se determina después de que se inscriba en nuestro plan. **Si es elegible, puede utilizar su asignación de Wellcare Spendables® para los beneficios adicionales que se mencionan a continuación. La misma asignación se utiliza para sus servicios de beneficios de venta libre (OTC) de Wellcare Spendables®.** **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) **Una vez que se determine que son aptos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días laborables. Su asignación se acumula para el mes siguiente si no se utiliza y caduca al final del año del plan. Consulte el beneficio de Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información:** ● **Pago en la gasolinera** Puede utilizar su tarjeta para pagar la gasolina directamente en la gasolinera de las ubicaciones participantes. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. La tarjeta solo puede utilizarse para cargar gasolina hasta el monto de la asignación disponible. La carga de vehículos eléctricos (EV) también puede estar cubierta en las tiendas participantes en las que se acepte el pago con tarjeta. ● **Alimentos Saludables** Puede usar su tarjeta para comprar alimentos y productos saludables en las tiendas participantes. Es posible que haya opciones de entrega para artículos de alimentación elegibles. Las comidas preparadas y las cajas con productos pueden estar disponibles para pedir a través del portal para miembros en línea. La tarjeta no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: ○ Frutas y verduras ○ Granos integrales y alimentos básicos para la despensa, como harina, especias e ingredientes no perecederos ○ Productos lácteos y alternativas lácteas, leche, yogur, queso **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ○ Fuentes de proteína, como carne roja, carne blanca, mariscos, huevos, frijoles, legumbres, frutos secos y semillas ○ Batidos y barras nutricionales ● **Artículos de Cuidado Personal** Puede usar la tarjeta para comprar artículos de cuidado personal y artículos básicos para el hogar en las tiendas participantes. Es posible que haya opciones de entrega para artículos elegibles. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: ○ Jabón, champú y acondicionador ○ Papel higiénico y toallas de papel ○ Artículos de higiene personal, como desodorante, jabón facial y gel de baño ○ Suministros y productos de limpieza que favorecen el control de infecciones, como toallitas desinfectantes y aerosoles de limpieza multiusos Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros. ● **Control de Plagas** Puede usar la tarjeta en las tiendas participantes para comprar artículos para el control de plagas a fin de usarlos dentro y alrededor de su hogar. Es posible que haya opciones de entrega para artículos elegibles. Los artículos aprobados para este beneficio incluyen lo siguiente: ○ Aerosoles y repelentes de insectos **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ○ Productos para controlar hormigas, cucarachas y roedores ○ Trampas para insectos y estaciones de cebo ○ Productos para el control de mosquitos Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros. ● **Ayuda con el Alquiler** Usted puede usar su tarjeta para contribuir con el costo del alquiler para su hogar. Inicie sesión en el portal de su proveedor de alquiler/hipoteca para pagar o pague a su proveedor de alquiler directamente si se aceptan pagos con tarjeta. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. La tarjeta no se puede utilizar para configurar pagos periódicos automáticos. ● **Mascota Acompañante Robótica** Puede solicitar una mascota acompañante robótica a través del portal para miembros. Las opciones disponibles pueden incluir un gato acompañante, un perro o un pájaro. Estas mascotas están diseñadas para proporcionar consuelo y compañía para apoyar el bienestar general. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo realizar un pedido y las opciones disponibles. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ● **Asistencia con los Servicios Públicos** Usted puede usar la asignación de su tarjeta para contribuir con el costo de los servicios públicos para su hogar. Inicie sesión directamente en el portal de proveedores de servicios públicos y pague con su tarjeta. La tarjeta no se puede utilizar para configurar pagos periódicos automáticos. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. Los gastos aprobados para este beneficio incluyen lo siguiente: ○ Servicios de electricidad, gas, sanitarios/residuos y de agua ○ Servicio de telefonía fija y celular ○ Servicio de Internet ○ Servicio de TV por cable (no incluye servicios de streaming) ○ Determinados gastos derivados del petróleo, como el aceite para la calefacción del hogar El beneficio excluye los servicios de entretenimiento en línea, incluidos los juegos y las transmisiones (como plataformas de música y lectura) y otros servicios basados en suscripción.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Terapia de ejercicios supervisada (SET) Cubriremos la SET para miembros con enfermedad de la arteria periférica (PAD) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento por PAD. Nuestro plan paga lo siguiente: ● hasta 36 **sesiones** durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET ● 36 sesiones adicionales con el tiempo si se considera médicamente necesario por un proveedor de atención médica El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones: ● Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). ● debe realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico ● debe ser realizada por personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD ● debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o enfermero especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico*.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Transporte: transporte médico que no es de emergencia Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por nuestro plan y Medicare. Esto puede incluir: ambulancias, furgonetas para traslado de pacientes, furgonetas equipadas con acceso para silla de rueda, servicios de transporte médicos y la coordinación con servicios especiales para personas con discapacidades. Estos tipos de transporte se autorizan cuando ocurre lo siguiente: ● Su proveedor médico determina que su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, **y** se requiere autorización previa y usted necesitará llamar a su plan para organizar el traslado. Llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de Miembro para programar el traslado.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Transporte: Transporte no médico Este beneficio permite el acceso al transporte hacia los servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado. Se requiere transporte para obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el viaje a las citas dentales y para recoger los medicamentos. El transporte para los servicios doblemente cubiertos por Medi-Cal y Medicare está cubierto. Llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su Tarjeta de ID de Miembro para programar el traslado.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado urgentemente necesario El cuidado urgentemente necesario es la atención proporcionada para tratar lo siguiente: ● un caso que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata; **o** ● una enfermedad imprevista, **o** ● una lesión, **o** ● una condición que necesita atención de inmediato. Si necesita cuidado urgentemente necesario, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red debido a que, dadas su disponibilidad de tiempo, ubicación o circunstancias, no sea posible o resulte poco razonable recibir este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan y requiera servicios inmediatos por necesidad médica para tratar una afección imprevista, pero que no constituya una emergencia médica). Cobertura Internacional de Emergencia/Urgencia: Se define como atención de urgencia, de emergencia, y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos. ● Se limita a servicios que serían clasificados como de emergencia, de cuidado urgentemente necesario o posteriores a la estabilización si hubieran sido brindados en los Estados Unidos. ● Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de otro modo podría poner en peligro su salud. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 $115 de copago No se renuncia la distribución de costos por visita de servicios urgentemente necesarios/sala de emergencias a nivel mundial si lo admiten para recibir cuidado en el hospital para pacientes internados. Hay un límite anual de $50,000 para la cobertura Internacional de emergencia/urgencia.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado urgentemente necesario (continuación) ● Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de divisas o de transacción) no están cubiertos. Estados Unidos significa los 50 estados, el District of Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.	
	Cuidado de la visión Se cubrirán los siguientes servicios: ● un examen ocular de rutina cada año **y** ● hasta $100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta $100 para lentes de contacto cada dos años Pagamos los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: ● personas con antecedentes familiares de glaucoma ● personas con diabetes ● afroamericanos de 50 años en adelante ● hispanoamericanos de 65 años en adelante **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la visión (continuación) Para las personas con diabetes, pagamos los exámenes de detección de retinopatía diabética una vez al año. Se cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera. **Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):** ● Examen ocular de rutina 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para personas en riesgo de desarrollar glaucoma y un examen de retina para diabéticos. ● Ajuste de gafas Limitadas a 1 visita cada año. La visita para el ajuste de anteojos no es un examen ocular de rutina. Los servicios incluyen el ajuste de anteojos (lentes de contacto, marcos/ lentes de anteojos). **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la visión (continuación) ● Gafas Pares ilimitados de anteojos recetados cada año hasta un beneficio máximo de $100 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ● Anteojos (marcos y lentes) o ● Lentes de anteojos únicamente o ● Marcos de anteojos únicamente o ● Lentes de contacto en lugar de anteojos o ● Actualizaciones de accesorios para la vista **Nota:** El plan cubre el cargo por la adaptación de los lentes de contacto. El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $100 cada año se aplica al costo de venta minorista de marcos y/o lentes (que incluye cualquier opción de lentes, como tonalidades y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que exceda el beneficio máximo por anteojos suplementarios (es decir, de rutina). Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo suplementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio suplementario para anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare. La cobertura para servicios de rutina de la vista es un beneficio suplementario ofrecido por el plan.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La visita incluye lo siguiente: ● una revisión de su salud, ● educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección (o vacunas)), **y** ● remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que tiene Medicare Part B. Cuando pida una consulta, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0
	Wellcare Spendables® Usted recibirá un total de **$15 mensuales** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC, servicios Dentales, de la Visión y la Audición, y, si califica, en SSBCI. ● Su asignación mensual **se acumula al mes siguiente si no se utiliza y caduca al final del año del plan**. **Su tarjeta de crédito se puede utilizar para lo siguiente:** **Artículos de venta libre (OTC):** Puede utilizar su tarjeta para comprar artículos de venta libre (OTC) en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio. Los artículos de OTC cubiertos incluyen los siguientes: **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Wellcare Spendables® (continuación) ● Productos para la alergia, el resfriado, la tos, la gripe y los senos paranasales ● Productos para aliviar el dolor, la salud digestiva y ayudar a dormir ● Vitaminas y suplementos ● Suministros de primeros auxilios y suministros médicos sin receta ● Artículos generales para el cuidado bucal, ocular y de los oídos ● Suministros para la incontinencia, productos para la salud femenina y ayudas para las actividades de la vida cotidiana Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas, inicie sesión en el portal para miembros. **Nota:** bajo ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos bajo los beneficios médicos del plan. Debe (siempre que sea posible) usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC para estos artículos. **Los beneficios mencionados a continuación son parte de SSBCI. No todos los miembros calificarán. Usted debe cumplir con los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.** **Si cumple los requisitos, la asignación mensual de su tarjeta también se puede utilizar para:** ● Pago en la gasolinera ● Alimentos Saludables ● Artículos de Cuidado Personal **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto	Lo que paga
Wellcare Spendables® (continuación) ● Artículos de control de plagas ● Ayuda con el Alquiler ● Mascota Acompañante Robótica ● Asistencia con los Servicios Públicos Consulte Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. **Cómo utilizar la tarjeta:** 1. Active su tarjeta antes de utilizarla. 2. Visite una tienda minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que se indica a continuación o descargue la aplicación móvil de Wellcare Spendables®. 3. Seleccione los artículos/servicios aprobados. 4. En la tienda, diríjase a la caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o en aplicaciones móviles, inicie sesión para acceder y utilizar su beneficio. 5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ser ingresada como “crédito” para el pago. Si se le solicita, ingrese el PIN que creó cuando activó su tarjeta. **Información adicional que debe conocer:** ● Una vez que haya utilizado su asignación de gastos, será responsable del costo restante de sus compras. ● Los artículos adquiridos en la tienda se pueden devolver siguiendo las políticas de devolución y cambio de los minoristas. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente..**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Wellcare Spendables® (continuación) ● Si su tarjeta no funciona correctamente o si tiene algún problema técnico, comuníquese con nosotros al número que aparece a continuación. ● Wellcare no se hace responsable de las tarjetas perdidas o robadas. ● La tarjeta Wellcare Spendables® es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. ● Algunos beneficios pueden ser elegibles para el reembolso si el pago no se realiza correctamente. Comuníquese con nosotros o envíe una solicitud de reembolso a través del portal para miembros para su revisión. Las solicitudes de reembolso deben presentarse durante el año del plan en el que se adquirió el artículo o servicio. Es posible que se requiera información adicional para verificar que las compras califican. ● Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones; solo se cubren los artículos aprobados. ● Este no es un beneficio de Medicaid. **Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame al:** 1-833-236-2366; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los horarios son los siguientes: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. **También puede visitar el sitio web en:** **go.wellcare.com/member**	

E. Apoyos Comunitarios

Puede obtener apoyo en virtud de su Plan de Atención Individualizado. Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente adecuados y rentables a aquellos cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya recibe conforme a Medi-Cal.

Algunos ejemplos de Apoyos Comunitarios que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas adaptadas médicamente, ayuda para usted o su cuidador o barras de sujeción y rampas para la ducha.

Si necesita ayuda o si le gustaría saber qué Apoyos Comunitarios podrían estar disponibles, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711), o llame a su proveedor de atención médica.

Servicios para Abordar la Falta de Vivienda y la Situación Habitacional:

Apoyo en la Comunidad	**Lo que puede obtener**
Servicios de Búsqueda para la Transición de Vivienda	**Ayuda para obtener vivienda.** Esto puede incluir ayuda con lo siguiente: ● Buscar un lugar para vivir. ● Cómo solicitar una vivienda. ● Elaboración de un plan de apoyo habitacional. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si:** ● Figura en la lista de candidatos para obtener ayuda de vivienda a través del Sistema de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar local o un sistema similar. ● Es una persona joven que experimentan la falta de vivienda. ● Está en riesgo de quedar sin hogar.

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Alojamiento y Servicios de Apoyo	Ayuda para **mantener su vivienda una vez que se haya mudado**. Esto puede incluir apoyo con la elaboración de presupuestos, los pagos oportunos del alquiler y la comprensión de sus derechos y responsabilidades en el contrato de arrendamiento. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si**: ● Recibir Servicios de Transición/Búsqueda relacionado con la Vivienda. ● Figura en la lista de candidatos para obtener ayuda de vivienda a través del Sistema de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar local o un sistema similar. ● Están experimentando actualmente falta de vivienda. ● Están en riesgo de quedarse sin vivienda.
Depósitos para Vivienda	**Ayuda para obtener vivienda**. Esto incluye: ● Depósitos de seguridad para obtener un contrato de arrendamiento. ● Cobertura de servicios públicos del primer mes. ● Servicios necesarios para garantizar la salud y la seguridad, como la erradicación de plagas y limpieza por única vez. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si**: ● Recibir servicios de Transición/Búsqueda relacionado con la Vivienda. ● Figura en la lista de candidatos para obtener ayuda de vivienda a través del Sistema de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar local o un sistema similar. ● Es una persona joven que experimentan la falta de vivienda.

Servicios de Recuperación:

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Atención de Recuperación (relevo médico)	**Atención en el hogar a corto plazo para aquellos que ya no necesitan estar en un hospital, pero que aún necesitan curarse de lesiones o enfermedades.** Los servicios están disponibles en condados seleccionados. **Es posible que sea elegible para recibir Atención de Recuperación si cumple con los dos requisitos siguientes:** ● Necesita recuperarse para curarse de una lesión o enfermedad. ● Se encuentra sin hogar o está en riesgo de quedarse sin hogar.
Cuidado Auxiliar	**Alivio a corto plazo otorgado a los cuidadores de aquellos que necesitan atención o apoyo a corto plazo.** Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si:** ● Vive en un lugar que limita su actividad diaria. ● Necesita un cuidador para brindarle la mayor parte de su apoyo. ● Necesita alivio del cuidador para evitar ser colocado en un centro de convalecencia o en un lugar similar.

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Centros de Sobriedad	**Un lugar donde pueda recibir ayuda para tratar problemas con el alcohol o el consumo de bebidas alcohólicas, en lugar de ser llevado a una sala de emergencias o a la cárcel.** Los servicios están disponibles en condados seleccionados. **Es posible que pueda obtener servicios si:** ● Tiene 18 años o más y se encuentra en estado de embriaguez. ● Es llevado a una sala de emergencias o a la cárcel. ● Es remitido a una sala de emergencias y es una persona adecuada para un Centro de Desintoxicación.

Servicios para el Bienestar a Largo Plazo en Entornos Domésticos:

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Tratamiento del Asma	**Cambios en un hogar para deshacerse de los desencadenantes dañinos del asma.** Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si:** ● Haber tenido asma mal controlada en los últimos 12 meses, según lo definido por: ○ Tener una consulta al departamento de emergencia. ○ Ser internado en un hospital. ○ Tener dos consultas de atención de urgencia o por enfermedad. ● Tener una puntuación de 19 o menos en la prueba de control del asma.

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Servicios diarios de recuperación de las habilidades	**Programas que se ofrecen para ayudarlo a aprender las habilidades necesarias para vivir en entorno similar a un hogar.** Pueden incluir capacitación sobre el uso del transporte público o cómo preparar comidas. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si**: ● Es una persona joven que experimentan la falta de vivienda. ● Ya no están sin hogar y han ingresado a una vivienda en los últimos 24 meses. ● Está en riesgo de quedar sin hogar. O bien, se podría mejorar su entorno hogareño.
Adaptaciones de Accesibilidad Física	**cambios en su hogar para su salud y seguridad**. Además, cambios que le permitan desenvolverse libremente en su hogar. Esto puede incluir rampas y barras de apoyo. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si**: ● Está en riesgo de ser ingresado en un centro de centro de convalecencia.

Apoyo en la Comunidad	Lo que puede obtener
Comidas/comidas médicamente adaptadas	**Comidas que se entregan a su hogar y que se preparan y cocinan según sus necesidades de salud y dieta**. Incluye las comidas necesarias después de ser dado de alta del hospital. Los servicios están disponibles en todos los condados. **Es posible que pueda obtener servicios si**: ● Tiene afecciones crónicas. ● Ha sido dado de alta de un hospital o de un centro de convalecencia. ● Presenta alto riesgo de ser hospitalizado o de ser ingresado en un centro de convalecencia. ● Tiene necesidades significativas de gestión de la atención. ● Ha sido evaluado por un dietista titulado o un profesional de la nutrición con licencia.

Si necesita ayuda o si le gustaría saber qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles para usted, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711) o llame a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT), a través de organizaciones líderes locales, ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal que cumplen con los requisitos y que estuvieron internados en un centro durante al menos 60 días consecutivos con la transición para regresar a la comunidad y permanecer allí de manera segura. El programa CCT financia servicios de coordinación para la transición durante el período previo a la transición y durante 365 días después de esta para asistir a los beneficiarios en su regreso a la comunidad.

Puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder del CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados en que atienden en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT

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

Para los servicios que no están relacionados con su transición del programa CCT

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

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

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

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

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención de transición del programa CCT, llame a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no se brinda a través del programa CCT es atención que **no** está relacionada con su transición después de estar en una institución o centro.

F2. Medi-Cal Dental

Algunos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental.

Puede obtener más información en el sitio web SmileCalifornia.org. El plan dental de Medi-Cal incluye, entre otros, servicios como estos:

- exámenes iniciales, rayos X, limpiezas, selladores y tratamientos con fluoruro (fluoride)
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conductos radiculares
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. También puede visitar el sitio web smilecalifornia.org/ para obtener más información.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa IHSS ayudará a los proveedores de atención médica afiliados a pagar los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de convalecencia o los centros de alojamiento y cuidado.
- Para recibir servicios, se lleva a cabo una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden ser autorizados a través de IHSS son limpieza a domicilio, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidado de intestino y vejiga, baños, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para los discapacitados mentales.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS con la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener la información de contacto de la agencia de servicios sociales del condado, consulte el **Capítulo 2.**

F4. 1915(c) Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Exención de Vida Asistida (ALW)

- La Exención de Vida Asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. La meta del ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un ambiente hogareño y comunitario o evitar las admisiones de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.

- Los miembros que están inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW mientras también reciben beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención de ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- Actualmente, el ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el ALW. Para ver la lista actual de las agencias de coordinación de atención ALW participantes, visite https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

Exención de HCBS para Californianos con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-DD)

Programa de Autodeterminación de California (SDP) Exención para Personas con Discapacidades del Desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que proporcionan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una manera de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en el hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el Estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectar con los servicios de Exención de DD.

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

- La Exención de HCBA provee servicios de administración de cuidados a personas en riesgo de ir a un centro de convalecencia o de una colocación institucional. Los servicios de administración de la atención son prestados por un Equipo Multidisciplinario de Administración de la Atención, compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (tales como servicios médicos, de salud conductual, servicios de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en

la comunidad local. Los servicios de administración de cuidados y Exención se proporcionan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilinos o la residencia de un miembro de la familia del participante.

- Los miembros que están inscritos en la Exención de HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención de HCBA mientras también reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones de HCBA para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el HCBA. Para obtener más información, consulte https://libertana.com/services/hcba-waiver/

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) proporciona servicios integrales de administración de casos y atención directa a personas que viven con el HIV como una alternativa a la atención en centros de enfermería u hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en una enfermera registrada y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y el proveedor de atención primaria, la familia, el cuidador y otros proveedores de servicios, para evaluar las necesidades de atención a fin de mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Las metas del MCWP son: (1) proveer servicios basados en el hogar y en la comunidad para personas con HIV que de otra manera podrían requerir servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la administración de la salud del HIV; (3) mejorar el acceso al apoyo de salud social y conductual; (4) coordinar los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención de MCWP mientras también reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones de MCWP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MCWP. Para obtener más información, visite https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

- El Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (MSSP) provee servicios sociales y de administración de atención médica para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de Apoyo en el Hogar, MSSP proporciona coordinación continua de cuidados, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con los proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que no están disponibles para evitar o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de salud y servicios sociales proporciona a cada participante del MSSP una evaluación completa de salud y psicosocial para determinar los servicios necesarios. El equipo trabaja entonces con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen lo siguiente:
    - administración de la atención
    - cuidado diurno para adultos
    - reparaciones/mantenimiento menores en el hogar
    - servicios adicionales de cuidado personal, cuidado personal y servicios de supervisión de protección
    - servicios de relevo
    - servicios de transporte
    - servicios de asesoramiento y terapéuticos
    - servicios de comidas
    - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención de MSSP mientras también reciben los beneficios

proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP.

  Información de Contacto de la Agencia

  - Agencia para Personas Mayores del Área de Fresno-Madera: 800-510-2020 (Número gratuito) (TTY: 711)
  - Condado de Tulare: Agencia para Personas Mayores del Área de Kings-Tulare; Teléfono: 1-559-623-0199 (TTY: 711)

F5. Servicios de Salud Conductual del Condado Proporcionados Fuera de Nuestro Plan (Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias)

Usted tendrá acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Proporcionamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y Medi-Cal Managed Care. Nuestro plan no proporciona servicios de salud mental especializados o de trastorno por consumo de sustancias en el condado por parte de Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud conductual de su condado.

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

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurnos
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos

- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados
- administración de casos específicos
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad
- servicios conductuales terapéuticos
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos basados en el hogar
- reingreso relacionado con la justicia
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio psicótico (FEP)
- servicios de club social terapéutico
- servicios mejorados de trabajadores de la salud comunitarios (CHW)

Los servicios del programa Drug Medi-Cal (DMC) está disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios
- tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias en el período perinatal
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento con narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido por Medicamentos)

- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)

Los Servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) incluyen lo siguiente:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido por Medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa de tratamiento con narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención de crisis basados en la comunidad
- servicios de manejo de la contingencia
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes internados

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede acceder a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados si cumple con los criterios.

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y administrados a través de los servicios de Salud Conductual de Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Consulte el **Capítulo 3** para obtener información sobre los servicios de salud conductual disponibles a través de nuestro plan, incluido el proceso utilizado para determinar la necesidad médica y la remisión del médico entre nuestro plan y su MHP del condado. Si tiene un problema o reclamo sobre un servicio de salud conductual, consulte el **Capítulo 9**, para obtener información sobre cómo hacer reclamos.

G. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

En esta sección se detallan los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Tampoco los pagarán ni Medicare ni Medi-Cal.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Miembro*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que nuestro plan debería pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.*

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

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios,” según Medicare y Medi-Cal, a menos que los mencionemos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos experimentales y quirúrgicos, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.

- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- servicios de enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo
- las tarifas que le cobran sus parientes cercanos o miembros de su hogar
- comidas enviadas a su hogar.
- procedimientos o servicios electivos o voluntarios para mejorar (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario
- cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría
- atención quiropráctica, diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura
- cuidado de los pies de rutina, excepto los servicios descritos en “Servicios de Podología” en la Tabla de Beneficios de la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o si el calzado es para una persona con pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente

- inversión de los procedimientos de esterilización
- servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a los veteranos en los centros de Asuntos de los Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital del VA y la distribución de costos del VA supera la distribución de costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde de la distribución de costos.

Capítulo 5: Obtención de medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le pide que obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y Medi-Cal. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se explica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

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

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, se trata de medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está recibiendo cuidados para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, **Sección F3** “En un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare.”

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

En general, cubriremos los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se describen en esta sección.

Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal vigente. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para su atención.

El profesional que expide recetas **no** debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare ni en ninguna lista de Medi-Cal similar.

Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe figurar en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. El profesional que expide recetas puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta. Para medicamentos cubiertos por Medi-Cal, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de cubrirlo. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas 179

A1. Surtido de la receta médica en una farmacia de la red 179

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro cuando surte una receta médica 179

A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red 180

A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red? 180

A5. Uso de una farmacia especializada 180
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 181
A7. Obtención de suministros de medicamentos a largo plazo 183
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro plan 184
A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta 186
B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan 186
B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos* 186
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* 187
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos* 188
B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de Medicamentos* 189
C. Límites de algunos medicamentos 190
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto 192
D1. Obtención de un suministro temporal 192
D2. Cómo solicitar un suministro temporal 194
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 195
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 198
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan 198
F2. En un centro de cuidado a largo plazo 198
F3. En un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare 198
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 199
G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos en forma segura 199
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 200
G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides 201

A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas dispensadas por farmacias fuera de la red).

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

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro cuando surte una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de ID de Miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos. Puede que tenga que pagarle un copago a la farmacia cuando recoja sus medicamentos.

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

Si no tiene su Tarjeta de ID de Miembro o BIC cuando surte su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención.

A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta médica, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva *o* que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si le queda resurtido.

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

A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?

Si su farmacia deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

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

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
    - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguraremos de que obtenga los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicios para Miembros.
- Farmacias del Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP). Los Miembros Indígenas Estadounidenses y Nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es Indígena Estadounidense ni Nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minorista de un IHCP si se le asigna a la clínica o para una emergencia.

- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros, o con su coordinador de atención.

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una condición médica o a largo plazo. Los medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir al menos un suministro de 35 días del medicamento y no más de un suministro de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O, inicie sesión en express-scripts.com/rx. Si usted utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su receta no estará cubierta.

En general, obtendrá una receta de compra por correo en un plazo de 14 días. Sin embargo, a veces sus recetas del pedido por correo pueden retrasarse. Solicite a su médico dos recetas de medicamentos para tratamientos a largo plazo que usted necesite de inmediato: una para un suministro de 30 días que se pueda abastecer en una farmacia de venta minorista participante, y otra para el suministro a largo plazo (de 35 a 100 días) para abastecer a través del correo. Si usted tiene algún problema para obtener un suministro de 30 días en una farmacia de venta minorista participante cuando el servicio de pedidos por correo de los medicamentos con receta se demora, por favor solicite a la farmacia de venta minorista que llame a nuestro Centro de Servicio a Proveedores al 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Procesos de pedido por correo

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

1. **Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe de usted**

   La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que usted presente.

2. **Recetas nuevas que el consultorio de su proveedor envía directamente a la farmacia**

   La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin confirmarlo antes con usted, si:

   - Usted utilizó servicios de envío por correo con nuestro plan en el pasado **o**
   - Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

   Si recibe una receta que no deseaba de forma automática por correo y no se han puesto en contacto con usted para consultarle si deseaba recibirla antes de ser enviada, usted puede ser elegible para un reembolso.

   Si usted utilizó el servicio de compra por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

   Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de los pedidos por correo y/o decide cancelar el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas recetas de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación sea enviada inmediatamente.

   - Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la concentración, el monto y la forma) y, de ser necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe.
   - Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envío automático de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

3. **Resurtido de recetas mediante el servicio de pedidos por correo**

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Este programa nos permite comenzar a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- La farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos a fin de asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Para optar por no utilizar el programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros del servicio de pedidos por correo al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan contactarlo y confirmar su pedido antes del envío. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

A7. Obtención de suministros de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular, para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se indica qué farmacias pueden ofrecerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red de nuestro plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** de este capítulo para obtener más información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicios en las cuales usted puede obtener recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte con su coordinador de atención o Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

Viajes: cómo obtener cobertura cuando está de viaje o lejos del área de servicios del plan.

- Si usted toma un medicamento recetado de forma regular y va a viajar, asegúrese de tener una cantidad suficiente antes de iniciar el viaje. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Posiblemente pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si usted va a viajar dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se le terminan sus medicamentos recetados, cubriremos el costo de recetas abastecidas por una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total cuando dispense su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7.**
- También puede llamar a Servicios para Miembros para saber si hay alguna farmacia de la red en el área por la que usted está viajando.
- No podemos pagar ningún medicamento recetado que sea abastecido por farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en casos de emergencia médica.

Emergencia Médica: ¿Qué ocurre si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención de urgencia?

- Cubriremos los medicamentos recetados abastecidos en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención recibida durante una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo total cuando dispense su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7.**

Situaciones adicionales: en otras ocasiones, puede obtener sus recetas cubiertas si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos sus recetas en una farmacia fuera de la red si ocurre al menos uno de los siguientes casos:

    - Si usted no puede obtener a tiempo un medicamento cubierto dentro de nuestra área de servicios debido a que no existen farmacias de la red, dentro de una distancia de conducción razonable, que atienda durante las 24 horas.

    - Si está tratando de obtener un medicamento recetado que no está disponible en forma regular en una farmacia de venta minorista de la red o en una farmacia de pedidos por correo accesible (incluidos medicamentos de alto costo o únicos).

    - Si usted está adquiriendo una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por Medicare Part B y que se le administra en el consultorio de su médico.

    - Si obtiene un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras es paciente en una clínica de cirugía para pacientes ambulatorios, u otro entorno para pacientes ambulatorios.

Para todas las situaciones enumeradas anteriormente, usted puede recibir un suministro de medicamentos recetados de hasta 30 días. Además, probablemente tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de por

qué usted utilizó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará a procesar su solicitud de reembolso. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7.**

A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total, en lugar de un copago, cuando le surtan su receta médica. Puede solicitar que le paguemos nuestra parte del costo. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

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

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

Por lo general, cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

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

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

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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos que pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

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

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

- Visite el sitio web del plan en go.wellcare.com/WCandCVH. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Use nuestra "Real Time Benefit Tool" (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en go.wellcare.com/WCandCVH para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* a fin de obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no se encuentran en nuestra *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección, excepto ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada de medicamentos. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye Medicare Part D) no puede pagar un medicamento que Medicare Part A o Medicare Part B ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su condición. El médico o algún otro proveedor puede recetar un medicamento determinado para tratar su condición médica, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina “uso no indicado.” Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

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

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad

- Medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío*
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, a excepción de las vitaminas prenatales y los preparados con fluoruro (fluoride)*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe realizarse pruebas o servicios que solo ellos ofrecen

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

B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de seis niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

- El nivel 1 (Medicamento Genérico) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos.
- El nivel 4 (Medicamentos Inyectables) incluye determinados medicamentos que se administran por inyección o se utilizan para prevenir enfermedades (vacunas).
- El nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior.

- El nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y/o de marca que se utilizan para tratar condiciones específicas.

Para saber en qué nivel de distribución de costos está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que haya un medicamento seguro y de costo más bajo que tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, esperamos que su proveedor le recete el de costo más bajo.

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

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que indicarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos utilizar el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

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

1. **Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o biosimilar intercambiable.**

   Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos dijo la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionará para usted ***o*** escribió “No substitutions” (No sustituir) en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, ***o*** nos dijo la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de nuestro plan antes de surtir una receta médica. Esto se denomina autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/enhanced-mapd-pa para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de costo más bajo que suelen tener la misma eficacia antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podemos solicitarle que primero pruebe el Medicamento A.

Si el medicamento A **no** es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/enhanced-mapd-st para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera

seguro tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-7. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir la versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo, y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, **Sección C** de este capítulo, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que expide recetas pueden solicitar una excepción a la regla.

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace su distribución de costos más elevada de lo que usted cree que debería ser.

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

D1. Obtención de un suministro temporal

En algunos casos, podemos brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en nuestra *Lista de Medicamentos* o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para solicitar la cobertura del medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:
   - Usted estaba en nuestro plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
     - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
     - Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
   - Usted es nuevo en el plan.
     - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su membresía en nuestro plan**.
     - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
     - Si, en su receta médica, se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.

- Ha permanecido en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta se establecen menos días. Esto es adicional al caso anterior de suministro temporal.
  - Si su nivel de cuidado cambia (como trasladarse a o desde un centro de cuidado a largo plazo u hospital), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando su suministro se acabe. A continuación, se indican las opciones disponibles:

- Cambio a otro medicamento.

  Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente con la misma eficacia. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

  O

- Solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarle con la solicitud.

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir solicitar o no una autorización previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de cubrir otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* del plan. Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en nuestra *Lista de Medicamentos,* **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento se retira del mercado.

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

Para obtener información sobre lo que sucede cuando la *Lista de Medicamentos* cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra *Lista de Medicamentos* actual en línea en go.wellcare.com/druglist-7 **o**
- Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página, para consultar nuestra actual *Lista de Medicamentos*.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se producirán inmediatamente. Por ejemplo:

Aparece un medicamento genérico nuevo. Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico o biosimilar en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original que se encuentra en la *Lista de Medicamentos* actualmente. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o más bajo. Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que están fuera del mercado. A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos una notificación después de que hagamos el cambio. Hable con el profesional que expide recetas para que decidan si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expide recetas. Pueden ayudarle a decidir:

- Si existe un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afecten ahora. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando, aumentamos el monto que usted paga o limitamos el uso del medicamento, entonces el cambio no afectará el uso del medicamento ni lo que usted pagará durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que usted está tomando, (excepto los cambios que se describen en las secciones anteriores), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que lo afectarán durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos durante la internación. No pagará un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Si quiere obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo, como los centros de enfermería, tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Si no es así o si necesita más información, llame a Servicios para Miembros.

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

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

- Puede estar inscrito en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare y requerir ciertos medicamentos (por ejemplo, para el dolor, las náuseas, la ansiedad, laxantes) que su centro de cuidado para pacientes terminales no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal ni sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o de su proveedor de cuidados para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si se va del centro de cuidado para pacientes terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que le explican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidado para pacientes terminales.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que surta una receta, evaluaremos los problemas posibles, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- podrían no ser seguros para su edad o sexo
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- puede ser un error en la cantidad (dosis)
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor

Si encontramos un posible problema en la utilización de medicamentos, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En dichos casos, es posible que sea elegible para recibir servicios sin costo a través de un programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos estén actuando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre

Luego, le darán lo siguiente:

- Un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con el profesional que expide recetas sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la consulta o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud.
- También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello y anularemos la inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales que expiden recetas para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con los profesionales que expiden recetas, que la manera en la que toma las benzodiacepinas o los opioides recetados no es segura, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados profesionales que expiden recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubrimos para usted

Si planificamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

También tendrá la oportunidad de indicarnos qué profesional que expide recetas o farmacia prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que expide recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos,

enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

- si usted tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- si recibe cuidados para pacientes terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida **o**
- si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

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

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos,” nos referimos a lo siguiente:

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

Debido a que es elegible para Medi-Cal, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los medicamentos de Medicare Part D. Le hemos enviado un folleto adicional denominado *“Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta”* (también conocido como “Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite el folleto “Cláusula LIS.”

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

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

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

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
    - Esta se denomina “*Lista de Medicamentos*”. Le indica lo siguiente:
        - qué medicamentos pagamos
        - en cuál de los seis niveles se encuentra cada medicamento
        - si hay algún límite para los medicamentos

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-7.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Recuerde llevar su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
  - Explica cómo obtener los medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
  - Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utilice la “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5**, **Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
  - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* contiene una lista de las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB) 205

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos 207

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen? 208

B2. ¿Qué hay de un posible fraude? 208

C. Etapas de Pago de un Medicamento de Medicare Part D 209

D. Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial 210

D1. Sus opciones de farmacia 210

D2. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo 211

D3. Lo que paga 211

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial 214

E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe 214

F. Los costos del medicamento si su médico receta un suministro para menos de un mes completo 214

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 215

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse 215

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part D 216

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace cuando obtiene recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos

hecho por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas, y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios (EOB)*. La denominamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con una distribución de costos más baja que pueden estar disponibles. Puede hablar con el profesional que expide recetas sobre estas opciones más económicas. En la EOB, se incluye la siguiente información:

- **Información sobre el mes**. El resumen le informa qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagamos y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con una distribución de costos más baja para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus gastos totales de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Recuerde llevar su tarjeta

de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. **Utilice su Tarjeta de ID de Miembro.**

   Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

2. **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.**

   Puede solicitar que le paguemos nuestra parte del costo del medicamento. Envíenos por correo la solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos a la siguiente dirección:

   Dirección para el envío de Reclamos de Farmacia:
   Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
   Wellcare Medicare Part D Claims
   Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept
   P.O. Box 31577
   Tampa, FL 33631-3577

   Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos:

   - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

   - Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia al pacientes del fabricante de medicamentos.

- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.**

   Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe, nuestro plan paga todos los costos de los medicamentos de Medicare Part D durante el resto del año.

4. **Controle las EOB que le enviamos.**

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

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

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).

B2. ¿Qué hay de un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, por favor contáctenos.

- Llámenos a Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).

- O bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si usted sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, dispendio o abuso, es su derecho denunciarlo llamando al número confidencial gratuito 1-800-822-6222. Otros métodos para reportar fraude de Medi-Cal se pueden encontrar en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que falta algo en el informe, que algo está mal, o si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. **En lugar de recibir una Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica**. Puede solicitarlo en express-scripts.com/rx. Si elige esta opción, recibirá un correo cuando su EOB de la Parte D esté listo para ver, imprimir o descargar. Las EOB de la Parte D electrónicas también se denominan EOB de la Parte D digitales. Las EOB de la Parte D digitales son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresas. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de Pago de un Medicamento de Medicare Part D

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Part D bajo nuestro plan. El monto que usted paga por cada receta depende de su nivel de Ayuda Adicional y de la etapa en la que se encuentre cuando surta o reponga una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe
Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”. Esta etapa comienza cuando abastece su primera receta del año.	Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Usted comienza esta etapa una vez que haya pagado un monto determinado de gastos de bolsillo.

D. Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”. El copago depende del nivel de distribución de costos del medicamento y de dónde lo obtiene.

Los niveles de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan está incluido en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel, más alto será el copago. Para conocer los niveles de distribución de costos de sus medicamentos, consulte la *Lista de Medicamentos*.

- El nivel 1 (Medicamento Genérico) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos.
- El nivel 4 (Medicamentos Inyectables) incluye determinados medicamentos que se administran por inyección o se utilizan para prevenir enfermedades (vacunas).
- El nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior.
- El nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y/o de marca que se utilizan para tratar condiciones específicas.

D1. Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

- una farmacia de la red **o**

- Una farmacia minorista de la red que ofrece distribución de costos preferida. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen distribución de costos preferida.
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- Nuestra farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

D2. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. El suministro a largo plazo es de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

D3. Lo que paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted podría pagar un copago cada vez que surte una receta médica. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto a través de los siguientes:

<table>
<tr><th></th><th>Una farmacia estándar o preferida de la red

Un suministro de un mes o hasta 30 días</th><th>En una farmacia de cuidado a largo plazo de la red

Un suministro de hasta 31 días</th><th>Una farmacia fuera de la red

Un suministro de hasta 30 días.

La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 de este Manual del Miembro para obtener más información.</th><th>Nuestro servicio de pedido por correo preferido o estándar del plan

Un suministro de un mes o hasta 34 días.</th></tr>
<tr><td>Nivel 1 de Distribución de Costos

(Genérico)</td><td colspan="3" rowspan="4">Para los Niveles de distribución de costos 1-5:

Su copago para un suministro de un mes para todos los medicamentos puede variar según su nivel de Ayuda Adicional:
<u>Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:</u>
• $0 de copago o
• $1.65 de copago o
• $5.80 de copago por un suministro de un mes

<u>Para todos los demás medicamentos cubiertos, usted paga:</u>
• $0 de copago o
• $5 de copago o
• $14.40 de copago por un suministro de un mes</td><td rowspan="4">Para todos los niveles de distribución de costos:

El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos) para medicamentos en todos los niveles.</td></tr>
<tr><td>Nivel 2 de Distribución de Costos

(Medicamentos de marca preferidos)</td></tr>
<tr><td>Nivel 3 de Distribución de Costos

(medicamentos no preferidos)</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 de Distribución de Costos

(Medicamentos inyectables)</td></tr>
</table>

	Una farmacia estándar o preferida de la red Un suministro de un mes o hasta 30 días	**En una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.	**Nuestro servicio de pedido por correo preferido o estándar del plan** Un suministro de un mes o hasta 34 días.
Nivel 5 de Distribución de Costos (Medicamentos de Nivel Especializado) Limitado a un suministro de 30 días por surtido.	Ayuda Adicional es un programa que ayuda a pagar sus medicamentos. Le enviamos un material separado, llamado Cláusula de Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para pagar Medicamentos con Receta, en el cual se informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no recibe este material, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página y solicite el cláusula LIS			
Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de cuidado seleccionados)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos)

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza una vez que sus gastos totales de bolsillo alcancen los $2,400. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. Cubriremos todos los costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Ofrecemos medicamentos adicionales que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para sus gastos de bolsillo.

Su EOB lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos cuando alcance el límite de $2,400. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de $2,400 por sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe. Usted permanece en la Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos del medicamento si su médico receta un suministro para menos de un mes completo

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

- Puede haber ocasiones en las que usted quiera pedirle a su médico que expida una receta por un suministro para menos de un mes completo (por ejemplo, cuando está por probar un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando le recetan un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días para los que recibe el medicamento. Calcularemos el monto por día que usted paga por el medicamento (la “tarifa de distribución de costos diaria”) y lo multiplicaremos por el número de días para los que recibe el medicamento.

- Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo de su medicamento (un suministro de 30 días) es de $1.65. Esto significa que el importe que usted paga por su medicamento es inferior a $0.06 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a $0.06 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total inferior a $0.39.
- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que el medicamento le sirve antes de pagar un suministro para un mes completo.
- Usted también puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo que lo ayude con lo siguiente:
    - Planificar mejor cuándo repetir las recetas de sus medicamentos
    - Coordinar las repeticiones con otros medicamentos para que pueda realizar menos viajes a la farmacia

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información detallada sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

La cobertura para vacunas de Medicare Part D está compuesta por dos partes:

1. La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es el costo de su **aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que primero llame a Servicios para Miembros cuando planee recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna a través de nuestro plan y explicarle su parte del costo.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part D

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de Medicare Part D. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP),** entonces la vacuna no le costará nada.

A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Part D.

1. Usted recibe la vacuna de Medicare Part D y su aplicación en una farmacia de la red.
   - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
   - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
   - Usted paga un copago al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan cubrirá el costo de la aplicación.
   - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en una farmacia, y se la aplican en el consultorio de su médico.
   - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
   - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
   - Nuestro plan cubrirá el costo de la aplicación.

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

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 218

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 222

C. Decisiones de cobertura 223

D. Apelaciones 224

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier gasto.

Si usted recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B** de este capítulo.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más de su parte del costo, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
    - Si usted pagó los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el monto.
- Si usted pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para que se le reembolse el dinero (devolución del pago) si cumple con las siguientes condiciones:
    - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que nos hacemos cargo de pagar. No realizaremos el reembolso por un servicio que no esté cubierto por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
    - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).
    - Pide que le devuelvan el pago dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
    - Proporciona una prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
    - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Usted no necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa (autorización previa).

- Si el servicio cubierto requiere normalmente una aprobación previa (autorización previa), usted debe proporcionar una constancia del proveedor que muestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

- Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le comunicará si recibirá el reembolso mediante una carta llamado Notificación de Acción. Si usted cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a pagarle, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le devolverá el monto total que pagó. Le reembolsaremos el importe en un plazo de 45 días laborables a partir de la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a pagarle, Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le hará el reembolso, pero solo hasta la cantidad que FFS Medi-Cal pagaría. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le devolverá el monto completo de sus gastos de bolsillo para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa. Si no cumple una de las condiciones anteriores, no le haremos el reembolso.

- No haremos el reembolso si:

  - Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, tales como servicios cosméticos.

  - El servicio no es un servicio cubierto para Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP).

  - Usted acudió a un médico que no trabaja con Medi-Cal y firmó un formulario que decía que desea ser atendido de todos modos y que pagará por los servicios usted mismo.

- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas. Si no sabe qué monto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede comunicarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Entre los ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió se encuentran las siguientes:

1. **Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.**

   Debe solicitarle al proveedor que nos facture.

   - Si paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
   - Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
     - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
     - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio de Medicare, nosotros determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba algún servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más que su parte de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** a los números que aparecen en la parte inferior de esta página **si recibe una factura.**

   - Como miembro del plan, solo paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más que este monto. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco debe pagarlos.
   - Cuando usted recibe una factura de un proveedor de la red y considere que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
   - Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos **o** la diferencia entre el monto que pagó y el monto que le corresponde según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan retroactivamente

Algunas veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si usted fue inscrito retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el pago.
- Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.

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

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

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le devolvamos la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de una receta de Medicare Part D porque no lleva su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro

Si no tiene la Tarjeta de ID de Miembro con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta o volver a la farmacia con su Tarjeta de ID de Miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó en efectivo es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta de Medicare Part D por un medicamento que no está cubierto

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

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*) en nuestro sitio web, o tenga un requisito o una restricción que usted no conoce o que considera que no se aplica a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
    - Si usted no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
    - Si usted y su médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de 24 horas), usted puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico o de otro profesional que expide recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura.” Si decidimos que el servicio o medicamento debe tener cobertura, pagaremos nuestra parte del costo correspondientes.

Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado por sus servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque con el que haya pagado o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de su factura y de los recibos**

para sus propios registros. Puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información en un plazo de 365 días (para reclamaciones médicas y de medicamentos que no sean de la Parte D) o tres años (para reclamaciones de medicamentos de la Parte D) desde la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (go.wellcare.com/WCandCVH), o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

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

Dirección para el envío de Reclamos Médicos:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Dirección para el envío de Reclamos de Farmacia:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo correspondiente. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por

correo un cheque para cubrir nuestra parte del costo. Si usted paga la totalidad del costo de un medicamento, es posible que no se le reembolse el total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó en efectivo es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro,* se explican las reglas para obtener servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro,* se explican las reglas para obtener sus medicamentos cubiertos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que reveamos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación.” Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Para presentar una apelación sobre reembolsos por servicios de atención médica, consulte la **Sección F.**
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se detallan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades 227

B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma 230

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) 231

C1. Cómo protegemos su PHI 232

C2. Su derecho a ver su historia clínica 233

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 233

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted 235

F. Su derecho a abandonar el plan 235

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud 235

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 235

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención de salud 236

G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones 238

H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos 238

H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos 238

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 239

J. Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros 241

K. Evaluación de Nuevas Tecnologías 241

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Hmong and Spanish in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request". We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.
- We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called "standing request." We will document your choice.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.

- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, entre los que se incluye el *español* y el Hmong, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

- Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Koj cov kev muaj cai tau txais cov kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas haum raws li koj cov kev xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias **tag nrho** cov kev pab cuam, tag nrho fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab rau koj hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau suav nrog rau cov neeg uas paub lus Askiv tsis zoo, muaj kev paub nyeem ntawv tsis tshua zoo, tsis hnov lus zoo, los sis cov neeg uas muaj ntau yam keeb kwm fab kab lij kev cai thiab haiv neeg tsawg. Dhau li no lawm peb kuj yuav qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai nyob rau txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab. Peb yuav tsum qhia rau koj paub txog koj cov kev muaj cai nyob rau txhua xyoo uas koj nyob rau hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv kev paub nyob rau txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua lwm hom lus uas sib txawv.
- Dhau li no lawm peb txoj phiaj xwm los kuj tuaj yeem muab tau cov ntaub ntawv ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv suav nrog Lus Hmoob thiab Lus Xab Pees Niv rau koj ua hom ntawv xws li ntawv luam loj, ntawv xuas, los sis kaw ua suab. Txhawm rau kom tau cov ntaub ntawv ua ib hom ntawm lwm cov hom ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab los sis sau ntawv xa mus rau:

  Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Peb tuaj yeem xa tau cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv los sis lwm tus qauv ntawv yog tias koj thov rau txoj hauv kev no. Qhov no hu tias yog “kev thov kom muab tas li”. Peb yuav sau koj cov kev xaiv cia.
  - Txhawm rau ua kev thov muab tas li, hloov kev thov kom muab tas li los sis thov ib teg kiag xwb, thov hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm tus nab npawb xov tooj nyob hauv qab ntawm nplooj ntawv no.

- Peb tuaj yeem xa tau cov ntaub ntawv rau koj ua lwm hom lus los sis lwm tus qauv ntawv yog tias koj thov rau txoj hauv kev no. Qhov no hu tias yog “kev thov kom muab tas li.” Peb yuav sau koj cov kev xaiv cia.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim yog cov teeb meem hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY tsim nyog hu rau 711.
- Teb Chaws Meskas Lub Thawj Fab Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY tsim nyog hu rau 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Para obtener más información acerca de qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como su PCP y cómo elegir un PCP, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
    - Llame a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud para la mujer sin una remisión del médico. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.

- Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, tiene derecho a mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales durante hasta 12 meses si se cumplen determinadas condiciones. Si quiere obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le informa qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Protegemos su PHI según lo establecido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos una notificación por escrito en el que se informa sobre estos derechos y también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. La notificación denomina “Notificación de Prácticas de Privacidad.”

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios delicados no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibirlos o presentar un reclamo por servicios delicados. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios delicados a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos del miembro o, a falta de designación, a nombre del miembro, a la dirección o el número de teléfono que figura en el archivo. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no divulgará información médica relacionada con servicios delicados a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) adaptará las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, de ser posible, o bien en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicación confidencial de un miembro relacionada con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Un miembro puede iniciar una solicitud de comunicación confidencial por escrito al plan de salud o mediante transmisión electrónica. Para obtener más información sobre cómo presentar la solicitud, visite www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html o llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. La aseguradora implementará una solicitud de comunicaciones confidenciales en el plazo de los siete (7) días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de transmisión electrónica o telefónica, o en el plazo de los 14 días calendario posteriores a la recepción por escrito por correo de primera clase.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus expedientes.

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

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

- Debemos divulgar la PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.

- Podemos divulgar la PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos darle a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales. Si compartimos su información con Medi-Cal, también se hará conforme a las leyes federales y estatales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar una copia de su historia clínica.
- Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Tiene derecho a saber si se comparte su PHI con otras personas cuando se haga por otros motivos que no sean de rutina.

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

Usted tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, en el que se tenga en cuenta su derecho a la privacidad. Para obtener más información sobre cómo se protege su información oral, escrita y electrónica, y sus derechos, puede acceder a la Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en go.wellcare.com/WCandCVH.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red, sus derechos y responsabilidades como miembro, y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito.

- Podemos enviarle los materiales en un idioma distinto al inglés o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.

- Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio.

Comuníquese con Servicios para miembros si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros del plan
  - información sobre cuántas apelaciones presentaron los miembros
  - información sobre cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
  - información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
  - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
  - límites de cobertura y medicamentos
  - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - la presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto

- el cambio de una decisión que hayamos tomado
- el pago de una factura que recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle a usted si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*.
  - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
  - Para obtener más información sobre cómo obtener sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a saber acerca de los riesgos que se corren. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Rechazar.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo sacaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre su atención médica. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar por escrito un formulario **a fin de otorgarle a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si es que alguna vez no puede hacerlo por sí mismo.
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, lo que incluye la atención que usted **no** desea.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina “directiva anticipada.” Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder legal para la atención médica.

Usted no está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deben saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que le dé copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.
    - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
    - Si no lo ha hecho, el hospital tiene formulario de instrucciones anticipadas disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicite que su directiva anticipada se coloque en sus registros médicos.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtenga información sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) le informará sobre los cambios en la ley estatal en un plazo no mayor de 90 días después del cambio.

Según lo establecido por la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo en función de si usted firmó una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones establecidas en esta, puede hacer un reclamo ante la Oficina para los Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Puede llamar a la Oficina para los Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o hacer un reclamo.

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

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

Si considera que lo tratamos injustamente y que **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro* o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a los siguientes números:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para obtener más información sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.
- El Defensor de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare

Rights & Protections" (Sus Derechos y Protecciones en Medicare), que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual del Miembro*** para obtener información sobre qué cubre nuestro plan y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
  - Servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 3 y el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte el **Capítulo 5 y el Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Nos aseguramos de que usted utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le puedan brindar la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todo sobre los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

- Haga cualquier pregunta que tenga. Tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a cumplir con las metas del tratamiento que usted y su médico acuerden. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Trabaje con su coordinador de atención,** lo que incluye completar una evaluación anual de riesgos para la salud**.**

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas de otros proveedores.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

  - Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal paga la prima de Medicare Part A y la prima de Medicare Part B.

  - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación).

- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.

  - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* le informa sobre nuestra área de servicios.

  - Podemos ayudarle a determinar si se mudará o no fuera de nuestra área de servicios. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.

- Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta Ferroviaria de Retiro).**

- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.**

J. Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta su opinión con nosotros a través de Servicios para Miembros.

K. Evaluación de Nuevas Tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o condiciones específicas o son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos existentes. Nuestro plan sigue las Determinaciones de Cobertura Nacional y Local de Medicare cuando corresponde.

En ausencia de una determinación de cobertura, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes para determinar si un nuevo tratamiento o atención debe agregarse al beneficio del plan. Para garantizar que los miembros tengan acceso a una atención segura y eficaz, nuestro plan revisa lo siguiente:

- la bibliografía médica publicada actualmente a partir de publicaciones revisadas por expertos, incluidas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados,

estudios de cohortes, estudios de casos y controles, estudios de pruebas diagnósticas con resultados estadísticamente significativos que demuestran seguridad y eficacia.

- directrices basadas en evidencias desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas.
- recomendaciones y evaluaciones de médicos en ejercicio, asociaciones médicas con reconocimiento nacional, incluidas las Asociaciones de Especialidades Médicas, paneles de consenso u otras organizaciones de evaluación de tecnología o investigación con reconocimiento nacional.
- informes y publicaciones de organismos gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y los Institutos Nacionales de Salud (NIH)).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con nuestro plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o un reclamo con respecto a los servicios y al apoyo a largo plazo, que incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y en los centros de enfermería (NF).

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

Usted debe recibir la atención de la salud, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención médica. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para tratar diferentes problemas y reclamos, aunque siempre puede llamar al Programa Defensoría si necesita asesoramiento sobre su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 246

A1. Acerca de los términos legales 246

B. Dónde obtener ayuda 246

B1. Para obtener más información y ayuda 246

C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan 248

D. Problemas relacionados con sus beneficios 248

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 249

E1. Decisiones de cobertura 249

E2. Apelaciones 250

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 250

E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar? 252

F. Atención médica 252

F1. Uso de esta sección 252

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 253

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 256

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 260

F5. Problemas con pagos 267

G. Medicamentos de Medicare Part D 268

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D 269

G2. Excepciones de Medicare Part D 270

G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción 272

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 273

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 276
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 279
H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada 281
H1. Conocer sus derechos de Medicare....281
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 283
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 285
I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 286
I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura 286
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 286
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 289
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 290
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare....290
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal 291
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D 291
K. Cómo presentar un reclamo 293
K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos....293
K2. Reclamos internos....295
K3. Reclamos externos....297

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza depende del tipo de problema que está teniendo. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones,** y otro para **hacer reclamos** (también llamados quejas).

Para garantizar la imparcialidad y la celeridad, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, existen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser cierto especialmente si usted no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, tal vez no tenga la información necesaria para dar el paso siguiente.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-833-236-2366 (TTY: 711) para obtener ayuda para resolver un problema o respuestas a sus preguntas.

Ayuda a través del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud

También puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. También puede revisar el sitio web en https://www.aging.ca.gov/hicap/. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer con su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal y hablar con un representante acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Es posible que puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Programa Defensoría no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-855-501-3077, y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

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

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

La Defensoría de Medi-Cal Managed Care del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California puede ayudarle. Pueden ayudarle si tiene problemas para inscribirse en un plan de salud, cambiarlo o abandonarlo. También pueden ayudarle si se muda y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor del Pueblo de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m. al 1-888-452-8609 (TTY: 711).

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a personas con apelaciones relativas a problemas con los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov**.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-833-236-2366 (TTY: 711)** y utilizar el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de presentación de quejas formales no impide el ejercicio de ningún derecho ni la interposición de ningún recurso legal potencial que tenga a su disposición.
Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente en su plan de salud o una queja que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD **(1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de presentación de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprensión de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información contenida en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal Managed Care. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura? Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E,** "Decisiones de cobertura y apelaciones."	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo hacer un reclamo."

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y hacer una apelación se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica. Usted puede utilizar este proceso para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

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

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Diferentes revisores, distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original, estarán a cargo de su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión con mayor rapidez, puede pedir una revisión médica independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante en este capítulo**,** puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se trata de la cobertura de un servicio de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se trata de la cobertura de Medicare Part D o un servicio o artículo cubierto por Medicaid, la carta le indicará cómo puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar a través de niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede solicitar ayuda de cualquiera de las siguientes opciones:

- **Servicios para Miembros** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- **Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.

- **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC ayuda a personas con apelaciones relativas a problemas con la facturación o los servicios de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas que participan en los planes administrados de Medi-Cal, no puede ayudar a las personas que participan solo en los planes de Medicare y en los siguientes Sistemas de Salud Organizados del Condado (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula los planes de Medicare, y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de los COHS.

- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.

- **Un amigo o familiar**. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.

- **Un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio designar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

    - Puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones del médico. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.

    - Solicite ayuda legal de un abogado del Programa Defensoría de Medicare Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. En una sección separada de este capítulo se detalla cada una de ellas. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de Medicare Part D”
- **Sección H**, “Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una internación más larga en el hospital, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de la Medicare Part B. En ese caso, le explicaremos las diferencias entre las normas que regulan los medicamentos de Medicare Part B y las normas que rigen los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió la atención médica que considera que cubrimos, pero que no pagaremos.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que pensó que estaba cubierta, y pretende un reembolso.

   Lo que puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de determinados servicios de atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

   - Si la cobertura comprende atención hospitalaria, cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
   - Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener la cobertura de determinados servicios de atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

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

   Lo que puede hacer: Puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura tiene relación con su atención médica, se denomina **determinación de la organización integrada.**

Usted, su médico u otro representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- llamando al: 1-833-236-2366, TTY: 711.
- enviando un fax: 1-844-222-3180.

- por escrito: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar”, a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en un plazo de:

- **Cinco días hábiles,** y a más tardar **siete días calendario** después de recibir su solicitud de **un servicio médico o artículo que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **Cinco días hábiles,** y a más tardar **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

Para un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si solicitamos más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red). Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no debemos** demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionamos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. El proceso para hacer un reclamo es diferente del correspondiente a decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K.**

Decisión rápida sobre la cobertura

> El término legal para decisión rápida sobre la cobertura es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura.” Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico**.

- **24 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que falta información que podría beneficiarlo (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red) o si usted necesita más tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no debemos** demorar más días para tomar la decisión de cobertura, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita cobertura de atención médica y/o servicios que **no recibió.** No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura por el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o dañar su capacidad de mantener sus funciones.

Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa decisión de cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con los motivos y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:
  - Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico la solicita.
  - Cómo presentar un "reclamo rápido" en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Si Rechazamos su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a apelar. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud:

- la solicitud está incompleta,
- alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- usted solicita retirar su solicitud.

Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para comenzar una apelación, relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo**,** usted, su médico o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al 1-833-236-2366 (TTY: 711).

- Si su médico u otro profesional que expide recetas solicita la continuidad de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, deberá incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esa persona a representarlo.

Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimaremos su solicitud, y
  - Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

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

Si usted apela una decisión que hemos tomado sobre cobertura de atención, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida.

Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una apelación rápida, le enviaremos una carta con nuestra explicación y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:

- Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico la solicita.
- Cómo presentar un “reclamo rápido” en caso de que optemos por concederle una apelación estándar, en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple este plazo, seguirá recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los otros servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará con el servicio o el artículo mientras espera la decisión de su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Si es necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere**. Si rechazamos una apelación rápida, les daremos a usted, a su médico, al profesional que expide recetas o a su representante la confirmación verbal del rechazo.

- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, usted puede presentar una audiencia de Nivel 2 ante el estado usted mismo tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia Estatal se denomina una Audiencia ante el Estado. Para presentar una Audiencia ante el Estado, consulte la **Sección F4**.

- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.

- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud,** enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que todavía no ha recibido.

- Si la solicitud es por un medicamento de Medicare Part B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.

  - Si no le damos una respuesta antes del plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. Más adelante en este capítulo, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede presentar una audiencia de Nivel 2 ante el estado usted mismo tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia Estatal se denomina Audiencia ante el Estado. Para presentar una Audiencia ante el Estado, consulte la **Sección F4**.

Si aceptamos parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como su condición de salud lo requiera y dentro de las 72 horas de la fecha en que cambiamos nuestra decisión o dentro de siete días

calendario de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si **rechazamos** toda o parte de su apelación, **tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** parte o 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 informará que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o elemento que normalmente está cubierto por **Medicare**, le enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que generalmente cubre **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. Más adelante en este capítulo también se incluye más información.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia ante el Estado y una Revisión Médica Independiente con el estado. Sin embargo, una Revisión Médica Independiente no está disponible si usted ya ha presentado evidencia en una Audiencia ante el Estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si envía una Apelación de Nivel 2 en un plazo de diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente Medicare cubre

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

> El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, también llamada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió que la compañía sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO observarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación estándar de Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** de haber recibido su apelación.

Si la IRO le notifica por escrito su decisión y le explica los motivos de esta decisión.

- **Si la IRO acepta, total o parcialmente, una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos implementar la decisión de inmediato:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
  - Proporcionar el servicio dentro de los **cinco días laborables** después de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Part B en disputa:**
  - **En un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar, o**
  - **En un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO Rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación.”
  - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.
  - Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, con un total de cinco niveles.
  - Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.

- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal suele cubrir

Hay dos maneras de hacer una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar un reclamo o Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia ante el Estado.

(1) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Puede presentar un reclamo o pedir una Revisión Médica Independiente (IMR) ante el Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar un reclamo, en el DMHC se revisará nuestra decisión. El DMHC realizará su propia investigación de su reclamo o decidirá si el caso califica para una IMR. Es posible que haya un IMR disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de índole médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si en la IMR le dan la razón, debemos brindarle el servicio o el artículo que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Si negamos, cambiamos o retrasamos un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- Si no cubrimos un tratamiento de Medi-Cal experimental o en etapa de investigación para una condición médica grave.
- Cuestionamos si un servicio o procedimiento quirúrgico era de carácter cosmético o reconstructivo.
- Si no pagamos servicios de Medi-Cal de emergencia o urgencia que usted ya ha recibido.
- Si no se ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario, para una apelación estándar o de 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Solicitud/Formulario de Reclamo de IMR ante el DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Cita de Representante, usted tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de que pueda presentar una IMR de Nivel 2 ante el DMHC, a menos que su apelación implique una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, entre otros, dolor grave, pérdida potencial de la vida, de extremidades, o de función corporal importante.

Puede solicitar una IMR y a una Audiencia ante el Estado, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó evidencia en una Audiencia ante el Estado o tuvo una audiencia por el mismo tema.

Si se rechazó su tratamiento porque era experimental o estaba en etapa de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si el problema es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede llevar su caso inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en un plazo de seis meses** desde que le enviamos una decisión escrita acerca de su apelación. En el DMHC podrían aceptar su solicitud después de los seis meses, siempre y cuando usted tenga buenos motivos, como padecer un condición médica que le impidió enviar la solicitud de IMR en el plazo de seis meses o no recibir la notificación correspondiente de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Para presentar un reclamo o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de IMR/Reclamos disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Adjunte copias de las cartas u otros documentos relacionados con el servicio o el artículo que rechazamos, si las tiene. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no envíe los originales. El Centro de Ayuda no devuelve ningún documento.
- Complete el Formulario de Asistente Autorizado, si alguien lo ayuda con su IMR. Puede conseguir el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el Formulario de IMR/Reclamo y cualquier anexo al DMHC en línea: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

Envíe por correo postal o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

En un plazo de siete días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, se tomará una decisión de IMR dentro de los 45 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y usted califica para una IMR, generalmente se tomará una decisión de IMR dentro de los siete días calendario posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está conforme con el resultado de la IMR, puede solicitar una Audiencia ante el Estado.

La IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe toda la historia clínica de usted o del médico que lo trata. Si recibe atención de un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga su expediente médico de dicho profesional y nos lo envíe. Se le exige al plan de salud que obtenga copias de su historia clínica de los médicos que forman parte de la red.

Si en el DMHC se decide que su caso no cumple con los requisitos para una IMR, se analizará su caso a través del proceso ordinario de presentación de reclamos del consumidor, del DMHC. Su reclamo se debe resolver en el término de 30 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si su reclamo es urgente, se resolverá más rápido.

(2) Audiencia ante el Estado

Puede solicitar una Audiencia ante el Estado por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si el médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un servicio o artículo que usted ya recibe, y hemos rechazado su apelación de Nivel 1, tiene el derecho de solicitar una Audiencia ante el Estado.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una Audiencia ante el Estado** luego de que reciba por correo la notificación llamada “Carta de Decisión sobre su Apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia ante el Estado porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, **tiene menos días para enviar la solicitud** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la Audiencia ante el Estado se

encuentra pendiente. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?" en la página 260 para obtener más información.

Usted puede solicitar una Audiencia ante el Estado de una de las siguientes maneras:

- En línea en www.cdss.ca.gov.
- Por teléfono: Llame al 1-800-743-8525. Este número puede estar muy ocupado. Es posible que reciba un mensaje para volver a llamar más tarde. Si tiene problemas de habla o audición, llame al número de TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Por escrito: Complete un formulario de Audiencia ante el Estado o escriba una carta. Envíela por correo o fax a:
- Por correo postal: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Por fax: (916) 309-3487 o sin cargo al 1-833-281-0903
- Puede completar la "Solicitud de Audiencia ante el Estado" que se encuentra en la parte posterior de la Notificación de Acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, Número de Seguro Social y/o número de CIN, y la razón por la que desea una Audiencia ante el Estado. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, dígale a la División de Audiencias ante el Estado qué idioma habla. No tendrá que pagar un intérprete. La División de Audiencias Estatales lo conseguirá. Si usted tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede obtener adaptaciones especiales gratis para ayudarlo a participar en la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y la adaptación que necesita.

La División de Audiencias ante el Estado le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos.

- Si la División de Audiencias ante el Estado **Acepta** una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la División de Audiencias ante el Estado **Rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina "mantener la decisión" o "rechazar su apelación."

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia ante el Estado **Rechaza** parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos adicionales de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO,** solo podrá apelar de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un ALJ o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.**

En la carta que recibe de la División de Audiencias ante el Estado, se describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación. Si paga la factura, puede recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos el reembolso del pago o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago del costo del servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no antes de los 60 días calendario, a partir de la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago a usted.

- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.

- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2 es **aceptada,** debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención de salud en un plazo de 60 días calendario.

- Si la IRO rechaza su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación.” Recibirá una carta en la que se expliquen los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. En su mayoría, son medicamentos de Medicare Part D. Existen algunos medicamentos que no tienen cobertura de Medicare Part D, pero que tal vez tengan cobertura de Medi-Cal. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** En el resto de esta sección, cuando se diga “medicamento” se entenderá “medicamento de Medicare Part D”. Para los medicamentos cubiertos solo por Medi-Cal, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de Medicare Part D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye pedirnos:
    - Cubrir un medicamento de Medicare Part D que no está en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan o
    - Dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse como se indica, la farmacia le proporcionará una notificación por escrito en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

> La decisión de cobertura inicial de los medicamentos de Medicare Part D se denomina "**determinación de cobertura**".

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo hacer una apelación. Utilice la siguiente tabla de ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento que está en nuestra *Lista de Medicamentos*, y cree que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Usted puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos la decisión).
Comience con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos una “excepción.” Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

En ocasiones, nos referimos al hecho de solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción de un medicamento como una "**excepción a la lista de medicamentos**".

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción al nivel de cobertura**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas nos pueden solicitar:

1. **Cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted pagará el copago que se aplica a los medicamentos de Nivel 3 (Medicamento No Preferido).
   - No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.
2. **Eliminación de restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5, Sección C** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
     - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. A veces, esto se denomina "autorización previa (PA)."
     - Requerir que pruebe primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto suele denominarse "terapia escalonada."
     - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede adquirir.
   - Si aceptamos una excepción para usted y anulamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.

3. Modificar la cobertura de un medicamento para ubicarlo en un nivel de distribución de costos inferior.

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de distribución de costos, menor será el monto del copago requerido para usted.

- Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su condición médica se encuentra en un nivel de distribución de costos más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de distribución de costos para el medicamento alternativo. Esto reducirá el monto de su copago por el medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que lo cubramos con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene productos biológicos para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que lo cubramos con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que lo cubramos con la distribución de costos que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
- Usted no puede solicitarnos que cambiemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento del Nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción al nivel de cobertura y existe algún otro nivel de distribución de costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que expide recetas debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más

rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción al nivel de cobertura, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción, a no ser que los medicamentos alternativos en un nivel de distribución de costos más bajo no sean buenos para usted o es probable que causen una reacción adversa o cualquier otro daño.

Podemos Aceptar o Rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-236-2366 (TTY: 711), por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contar con un abogado que actúe en su representación.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.

- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, deberá presentar una "declaración de apoyo." La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una excepción.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura."

Utilizaremos los "plazos estándares", salvo que acordemos utilizar "plazos rápidos."

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

> Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina "**determinación de cobertura acelerada.**"

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es para un medicamento que no recibió. No le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar podrían verse seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informa que su estado de salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", revisaremos su solicitud en función del calendario de decisión rápida sobre la cobertura. También le enviaremos una carta con esta información.

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo del médico u otro profesional que expide recetas, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.

- Si determinamos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
    - Le enviamos una carta en la que le informamos que utilizaremos el plazo estándar. La carta también le indicará cómo presentar una apelación con respecto a nuestra decisión.
    - Usted puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.

- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para la excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le devolveremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

> Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento de Medicare Part D se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Comience su **apelación estándar** o su **apelación rápida** llamando al 1-833-236-2366 (TTY: 711), escribiendo o enviando un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación en **un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

> Una apelación rápida también se denomina "**redeterminación acelerada.**"

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que expide recetas deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, prestamos atención nuevamente a toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las reglas cuando **Rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
  - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- Si **rechazamos** su solicitud en forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que todavía no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no recibió el medicamento y su condición médica así lo requiere. Si cree que su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de siete días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de un período máximo de siete días calendario** luego de haber recibido la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que usted compró **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que expliquen los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.
- Deberemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido su solicitud.

- Si **rechazamos** su solicitud en forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es **"Entidad de Revisión Independiente"**, también llamada **"IRE"**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que expide recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta con las **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le explicarán quién puede presentar una Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presente una apelación a la IRO, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina el "expediente de su caso". **Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso**. Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita del expediente de su caso, llame a Servicios para Miembros al 1-833-236-2366 (TTY: 711).
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación.

- Si **aceptan** su solicitud en forma total o parcial, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobados **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el pago de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** su solicitud en forma total o parcial:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **Rechaza** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza el valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego de un Nivel 2.
- Si la IRO **Rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
    - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.

- Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta.”
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una internación más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Más allá de las apelaciones que se explican en la **Sección H**, también puede presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente además de una Apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un empleado del hospital, como un enfermero o asistente social, le entregarán una notificación por escrito denominada “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos.” Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación cuando es admitida en un hospital.

Si usted no recibe la notificación, solicítesela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea la notificación** detenidamente y haga preguntas si no comprende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente internado, entre los que se incluyen los siguientes:
    - Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
    - Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
    - Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firmar la notificación** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o una persona que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
    - Firmar la notificación **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan informado.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada, de manera que tenga la información si la necesita.

Si firma la notificación con más de dos días de antelación a la fecha en que debe dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha de su alta.

Para ver una copia de la notificación por adelantado:

- Llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedir que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) realiza la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California). Llámenos al 1-877-588-1123 (TTY: 711). La información de contacto también se encuentra en la notificación, “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos,” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin pagar por ella mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, podrá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Como las hospitalizaciones están cubiertas por Medicare y Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud para prolongar su hospitalización, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o tiene un dolor intenso, puede presentar un reclamo o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

> El término legal para "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada.**"

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregó.
- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta también da razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

> El término legal para esta explicación escrita es "**Notificación Detallada del Alta.**" Puede obtener una copia si llama a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplar del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará una respuesta sobre su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía, el día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre la apelación.

- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Llámenos al 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la QIO haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice la cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se refiere solo a tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de cuidado de la salud a domicilio
- atención en un centro de enfermería especializada, **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación escrita por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Notificación de No Cobertura de Medicare.” En la notificación, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deberán firmar la notificación para dejar constancia que lo recibió. Firmar la notificación **solo** evidencia que recibió la información. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se describe el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre los reclamos.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
    - Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
    - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
    - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
    - Pídale que revise su apelación y decida si desea cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una "apelación por vía rápida."** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en la "Notificación de No Cobertura de Medicare" que le enviamos.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud de continuar la cobertura de servicios de atención de salud, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud o tiene un dolor intenso, puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo presentar un reclamo y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

El término legal para la notificación escrita es "**Notificación de No Cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- Nuestro plan también le envía una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura de sus servicios. Usted recibe la notificación al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

El término legal para la explicación de la notificación es "**Explicación Detallada de No Cobertura**".

- Los revisores informan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Seguiremos cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha en que le informamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha en la notificación.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura.

- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Comuníquese con ellos al número 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la QIO haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó con la atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Usted puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar un reclamo y solicitar una revisión médica independiente al DMHC además de una apelación de Nivel 3, o en lugar de esta.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación**,** tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con los documentos correspondientes. Tal vez esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubre. La carta que reciba de la División de Apelaciones y Audiencias le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

La carta que reciba de la División de Audiencias ante el Estado le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual usted ha apelado cumple un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación**:**

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o niega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted. • El trato de nuestro personal fue deficiente. • Considera que lo están desvinculando de nuestro plan.

Reclamo	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. • Usted no habla inglés y su médico o proveedor no proporciona un intérprete para su idioma (por ejemplo, lenguaje de señas estadounidense o español). • Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo mantienen esperando demasiado tiempo.
Limpieza	• Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Usted considera que no le proporcionamos una notificación o una carta que debería haber recibido. • Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	• Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. • Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a tiempo a la IRO.

Hay diferentes clases de reclamos. Usted puede presentar un reclamo interno y/o uno externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlos. Los reclamos externos se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización los revisa. Si necesita ayuda para hacer un reclamo interno y/o externo, puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que se incluye en la parte inferior de la página.

> El término legal para un "reclamo" es **"queja."**
>
> El término legal para "hacer un reclamo" es **"presentar una queja."**

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros, al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Puede hacer el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Part D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de Medicare Part D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere hacer el reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios para Miembros se lo comunicará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si usted envía su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito. Si presenta un reclamo (queja) por escrito, o si su reclamo está relacionado con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
- Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días calendario después de haber recibido su reclamo para informarle que lo recibimos.

Debemos notificar nuestra decisión sobre su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero dentro de los 30 días luego de haber recibido su reclamo. En ciertos casos, usted tiene el derecho de pedir una revisión rápida de su reclamo. Esto se denomina procedimiento de "reclamo rápido". Tiene derecho a una revisión rápida de su reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos la revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de Medicare Part D.

- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de Medicare Part D rechazados.
- Decidimos que se necesita tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que se necesita un tiempo adicional para revisar su apelación de la atención médica denegada.
- Los reclamos relacionados con Medicare Part D deben presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo. Todos los demás tipos de reclamos deben presentarse ante nosotros o ante el proveedor en cualquier momento del día a partir del incidente o de la medida que causó su disconformidad.
- Si está haciendo un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida,” puede solicitar un “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

> **El término legal** para “reclamo rápido” es **“queja acelerada.”**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida,” lo pasamos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le respondemos en un plazo de 24 horas.
- Si hace un reclamo porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente un reclamo ante Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) antes de presentarlo ante Medicare.

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan de salud no le brinda una respuesta a su problema, puede llamar también 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.

Medi-Cal

Puede presentar un reclamo ante la Defensoría de Medi-Cal Managed Care del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes entre las 8 a.m. y las 5 p.m.

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC si necesita ayuda con reclamos relativos a los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, usted puede presentar un reclamo ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión en su Apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su reclamo después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin haber presentado una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con un reclamo por un problema urgente o un asunto que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre su reclamo o si el plan no ha resuelto su reclamo después de 30 días calendario.

A continuación, se presentan dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TTY gratuita: 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina para los Derechos Civiles (OCR)

Puede hacer un reclamo ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre accesibilidad o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Derechos Civiles de Unruh. Puede comunicarse con la Oficina de la Defensoría de Medi-Cal Managed Care y Salud Mental de Medi-Cal para solicitar asistencia. El número de teléfono es 1-888-452-8609 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, no incluye días festivos.

QIO

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede hacer su reclamo a la QIO y ante nuestro plan. Si usted hace un reclamo ante la QIO, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su reclamo.

La QIO es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En California, la QIO se llama Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California). El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan 300

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 302

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 302

C1. Sus servicios de Medicare 302

C2. Sus servicios de Medi-Cal 306

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 307

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan 307

F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud 309

G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan 309

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan 309

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones de terminar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía a nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de inicio a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes desde el inicio. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicios,
- si sus requisitos de elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambiaron, **o**
- si recientemente se mudó, actualmente recibe atención o solo se mudó del centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía termina el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de abandonar plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de febrero).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección C1**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su afiliación llamando a los números que figuran a continuación:

- Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. TTY: 711. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Opciones de Atención de Salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor de Medi-Cal Managed Care al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. o por correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si usted participa en un programa de manejo de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre los programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que usted puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare en caso de abandonar nuestro plan, consulte la tabla de la página 303.
- Llame a Opciones de Atención de Salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- En la **Sección C** a continuación, se detallan los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene cuatro opciones para recibir los servicios de Medicare que aparecen a continuación durante cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional enumerada a continuación durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	Usted deberá hacer lo siguiente:
Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de Plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios a través de ambos programas, incluyendo todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), si usted califica. **Nota**: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrados en California.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.

2. Puede cambiar a:	**Usted deberá hacer lo siguiente:**
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare independiente y un plan de Medi-Cal.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente.

3. Puede cambiar a:	Usted deberá hacer lo siguiente:
Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que le haya informado a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su Plan de Medi-Cal, a menos que elija un plan diferente.

4. Puede cambiar a:	Usted deberá hacer lo siguiente:
Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de salud Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su Plan Medi-Cal puede cambiar.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención de Salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de venta por correo para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día que finaliza su membresía en Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su internación hasta que reciba el alta. Esto será así aunque su nueva cobertura de salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce un incumplimiento de su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican para Medicare y Medi-Cal. Nota: Si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare. Consulte la información a continuación sobre el período de consideración. Si ya no cumple los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan terminará después de 3 meses (que es el período de elegibilidad continuada considerada para el plan). El período de elegibilidad continuada considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en que el estado nos notifique que usted ha perdido su condición de persona con necesidades especiales.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.

- Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.

- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos.
- Si no es un ciudadano estadounidense o un nacional estadounidense, o es un inmigrante no ciudadano elegible.
    - Debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o inmigrante no ciudadano elegible para ser un miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro basado en esto.
    - Debemos cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere en el plazo de 3 meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Medi-Cal, no pagaremos por sus beneficios de Medi-Cal. Pagaremos la distribución de costos de Medicare que hubiera pagado Medi-Cal si no hubiera perdido los beneficios. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si se restaura su elegibilidad para Medi-Cal mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Medi-Cal dentro del período de 3 meses, cancelaremos la inscripción de Medi-Cal. Si recupera la elegibilidad de Medi-Cal después de que se le haya cancelado la inscripción, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y de Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta en su solicitud de inscripción que podría afectar su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan.

- Si usted continuamente se comporta de una manera disruptiva, que nos dificulta proporcionar cuidado médico para usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su Tarjeta de ID de Miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos solicitando que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

En este capítulo, se describen las notificaciones legales que se aplican a su membresía a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Notificación sobre leyes 311

B. Notificación federal de no discriminación 311

C. Notificación sobre no discriminación para Medi-Cal 311

D. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso 313

E. Notificación sobre la recuperación de bienes de Medi-Cal 313

F. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) 314

G. Tarjeta de membresía 316

H. Contratistas independientes 317

I. Fraude al plan de atención de salud 317

J. Circunstancias más allá del control de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) 318

A. Notificación sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas ni explicadas en el *Manual del Miembro*. Las leyes más importantes que se aplican son leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Notificación federal de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley sobre Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado Asequible y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben subsidios federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina para los Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Notificación sobre no discriminación para Medi-Cal

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia sobre reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Además, no discriminamos ni excluimos a las personas de manera ilegal ni las tratamos de manera diferente por su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llame al Departamento de Servicios de Atención Médica de la Oficina para los Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese al 1-833-236-2366 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede comunicarse con nosotros escribiendo a:

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  Appeals Department - Medical
  P.O. Box 10052
  Van Nuys, CA 91410-0052
  go.wellcare.com/WCandCVH

  Appeals & Grievances Medicare Operations
  Grievance Department
  P.O. Box 10344
  Van Nuys, CA 91410-0450
  go.wellcare.com/WCandCVH

Si su queja se presenta por discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de habla o audición, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de reclamo están disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, Servicios para Miembros podrá ayudarle.

D. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros en los servicios de atención de salud para sus miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar todas las demás coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario del OHC de Medicare, que cubre los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otro OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Notificación sobre la recuperación de bienes de Medi-Cal

El programa de Medi-Cal debe buscar el reembolso de los bienes legalizados de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos en o después de su cumpleaños número 55. El reembolso incluye pagos de Pago por Servicio y pagos de primas/capitación de cuidado administrado por servicios de centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios relacionados con el hospital y medicamentos con receta recibidos cuando el miembro fue un paciente internado en un centro de enfermería o recibía servicios comunitarios y en el hogar. El reembolso no puede exceder el valor de los bienes legalizados de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de bienes del Departamento de Servicios de Salud en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

F. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

Cuando se lesiona

Si alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una condición a través de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o condición, ya sea a través de un acuerdo, juicio, o cualquier otro pago relacionado con su lesión, enfermedad o condición, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio proporcionado a través de este plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Como se utiliza en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier persona o entidad real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o condición. El término “parte responsable” incluye la responsabilidad u otra aseguradora de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una condición a través de las acciones de una parte responsable incluyen, pero no se limitan a:

- tiene un accidente automovilístico;
- se patina y se cae en una tienda, o
- está expuesto a un producto químico peligroso en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas y cada una de las cantidades que reciba de la parte responsable, incluidas, entre otras:

- pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- cobertura de automovilistas sin seguro o con un seguro insuficiente;
- protección contra lesiones personales, ausencia de fallos o cualquier otra cobertura de primera persona;
- Compensación a los Trabajadores o indemnización o liquidación por Discapacidad;
- cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguros de locales o propietarios o cobertura general;

- cualquier fallo o acuerdo recibido de una demanda u otra acción legal; o bien
- cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Cuando acepta los beneficios de este plan, acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este plan ha pagado beneficios por los Servicios Cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante se recuperan, o tiene derecho a recuperar cualquier cantidad de una parte responsable.

Cuando acepta los beneficios bajo este plan, usted también (i) le asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios Cubiertos proporcionados por el Plan en relación con su lesión, enfermedad o condición, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente el plan en su nombre.

Cuando acepta los beneficios de este plan, usted también otorga a nuestro plan un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios de los Servicios Cubiertos pagados en virtud del plan que estén asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si las cantidades se identifican específicamente como una recuperación de los gastos médicos e independientemente de si usted es enteramente compensado por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ninguna reclamación de fallo por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No se pueden deducir honorarios de abogado de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar o contribuir a pagar costos judiciales u honorarios de abogados para el abogado contratado con el fin de continuar la demanda o reclamo contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe tomar

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una condición debido a una parte responsable, debe cooperar con nuestro plan y/o los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, incluyendo:

- Decirle a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si la sabe, el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada y una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o condición.

- Completar cualquier papeleo que nuestro plan o el proveedor responsable pueda requerir razonablemente para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación.
- Responder rápidamente a las preguntas de nuestro plan o del proveedor responsable sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre la solución.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente cuando usted o su abogado reciban cualquier dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o la cantidad de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo el reembolso debido a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debida a una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos y de si se le ha compensado en forma total o completa por su pérdida.
- No hacer nada para perjudicar los derechos de nuestro plan como se establece arriba. Esto incluye, pero no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su primer derecho de prioridad de recuperación o gravamen.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor responsable, según corresponda, el importe de la recuperación debida al plan en cuanto se le pague y antes del pago de cualquier otro titular potencial de gravamen o tercero que reclame el derecho de recuperación.
- Usted está obligado a cooperar con nosotros para obtener esas recuperaciones o sobrepagos.

G. Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por nuestro plan conforme a este *Manual del Miembro* es para propósitos de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de membresía no confiere ningún derecho a servicios u otros beneficios bajo este *Manual del Miembro*. Para tener derecho a servicios o beneficios bajo este *Manual del Miembro*, el titular de la

tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo este *Manual del Miembro*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tenga derecho conforme a este *Manual del Miembro* será responsable del pago de dichos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan, no una tarjeta de Medicare, en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página si necesita un reemplazo de su tarjeta de membresía.

Nota: Se cancelará por causa la inscripción de cualquier miembro que permita deliberadamente el abuso o el mal uso de la tarjeta de membresía. Nuestro plan está obligado a denunciar a la Oficina del Inspector General una cancelación de la inscripción que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo cual puede dar como resultado un proceso penal.

H. Contratistas independientes

La relación entre Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Wellcare By Health Net o CalViva Health y ni Wellcare By Health Net o CalViva Health, ni ninguno de sus trabajadores es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso Wellcare By Health Net o CalViva Health será responsable por la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no Wellcare By Health Net ni CalViva Health, mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Wellcare By Health Net y CalViva Health no son proveedores de atención médica.

I. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa al plan por parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede ser procesado. Cualquier persona que voluntariamente y a sabiendas participa en una actividad destinada a ocasionar fraude al plan de atención médica, por ejemplo, presentando un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa podría ser culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparece en una factura o un formulario de Explicación de Beneficios, o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la Línea de Atención Telefónica de nuestro plan para Víctimas de Fraude al 1-800-977-3565 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

J. Circunstancias más allá del control de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) no estén disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Miembro*, la obligación de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) haga un esfuerzo de buena fe para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros o personal.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida cotidiana (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) es un juez que escucha y decide casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP): Un programa que ayuda a que los individuos elegibles que viven con HIV/AIDS tengan acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Apelación: Una manera de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Facturación de saldos: Práctica en la que un proveedor le factura a un paciente la diferencia entre los cargos facturados totales del proveedor y la cantidad pagada por el plan de salud del paciente.

Salud conductual: Se refiere al bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: Se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término inclusivo que hace referencia a los servicios relacionados con los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Producto biológico: Un medicamento que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las

formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un medicamento biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca poseen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen fabricarse y venderse a través de otras empresas farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que no finaliza la patente del medicamento de marca.

Coordinador de atención: Es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizado.”

Equipo de atención: Consulte “Equipo de atención interdisciplinaria.”

Etapa de cobertura en caso de catástrofe: La etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Part D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D hasta el final del año. Esta etapa comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 para medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Sin cargo para usted.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro,* se explica cómo comunicarse con el CMS.

Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS): Es un programa de servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios con el que se brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Reclamo: Una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. En él, se brinda una variedad de servicios, incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene determinados servicios o medicamentos. Por ejemplo, usted puede pagar $2 o $5 por un servicio o medicamento.

Distribución de costos: Los montos que debe pagar al obtener servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye los copagos.

Nivel de Distribución de Costos: Es un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) está en uno de los seis niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta y a los de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación sobre competencia cultural: Educación que ofrece a nuestros proveedores de atención médica capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Tarifa de distribución de costos diaria: Una tarifa que puede aplicarse si su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes, y usted está obligado a pagar un copago. La tarifa de distribución de costos diaria es el copago dividido por la cantidad de días de suministro de un mes.

Este es un ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo de su medicamento (un suministro de 30 días) es de $1.65. Esto significa que el importe que usted

paga por su medicamento es inferior a $0.06 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para siete días, su pago será inferior a $0.06 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total inferior a $0.39.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular la mayor parte de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y reclamos relativos a los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de la inscripción: El proceso para cancelar su membresía a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Programa de Manejo de Medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de seis niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica o de la salud conductual.

Excepción: Un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que su plan de salud no cubre.

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

Medicamento genérico: Un medicamento, que cuenta con la aprobación de la FDA para utilizase en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que uno de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja: Un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen los reclamos por la calidad de su atención o la calidad del servicio provisto por su plan de salud.

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP): Programa que proporciona información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* se explica cómo comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye Coordinadores de Atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una reseña de su historia clínica y su condición médica actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud a domicilio: Una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda en el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Centro de cuidado para pacientes terminales: Un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con diagnóstico terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico terminal

significa que una persona está certificada médicamente con una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de seis meses o menor.

- Un afiliado que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado para pacientes terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta/inadecuada: Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior al de nuestro monto de distribución de costos por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ninguna distribución de costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS): El Programa IHSS ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le proporcionan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de convalecencia o los centros de atención. Para recibir servicios, se lleva a cabo una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que pueden ser autorizados a través de IHSS son limpieza a domicilio, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidado de intestino y vejiga, baños, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para los discapacitados mentales. Las agencias de servicio social del condado administran los IHSS.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si rechazamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros de DME y medicamentos, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por expertos que no forman parte de nuestro plan. Si se le da la razón en la IMR, debemos brindarle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros

y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente.**

Plan de atención individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y apoyo a largo plazo.

Paciente internado: Un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

D-SNP Integrado: Un plan de necesidades especiales doblemente elegible que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud o planes de salud afiliados para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención que podría incluir médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarle a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

***Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*):** Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la *Lista de Medicamentos* se denomina “cuadro básico”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a un centro de enfermería o al hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), también conocidos como cuidado de la salud diurno para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención de IHSS y 1915(c) son proporcionados por Medi-Cal LTSS fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”

Programa de pedidos por correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite recibir directamente en su hogar un suministro de hasta tres meses de sus medicamentos con receta cubiertos. Esta puede ser una manera económica y conveniente de surtir las recetas que toma regularmente.

Medicaid (o Medical Assistance): Es un programa administrado por el estado y el gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Medi-Cal: Es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal.

- Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el Estado, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medi-Cal, se le cubrirá la mayoría de los costos de cuidado de la salud.

Planes de Medi-Cal: Los planes que incluyen solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son aparte.

Médicamente necesario: Los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. El término “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Un programa sanitario estructurado para el cambio de comportamiento, que proporciona una capacitación práctica para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.

Afiliado de Medicare y Medi-Cal: Una persona que reúne los requisitos para tener la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado de Medicare y Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centro de enfermería especializada, cuidado de la salud a domicilio y centro de cuidados para pacientes terminales médicamente necesarios.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”. Medicare Part D cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no cubren Medicare Part A o Medicare Part B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Plan Medi-Medi: Un Plan Medi-Medi es un tipo de Plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios en ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medi-Cal, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

***Manual del Miembro* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que ha acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubriremos las recetas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Los proveedores de la red: Son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Hemos hecho los arreglos correspondientes para que estos proveedores le proporcionen servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos envían la factura directamente a nosotros por los cuidados que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos. “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

Centro de convalecencia o centro de enfermería: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensoría: Una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o el Plan de cargo por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Original Medicare. Conforme a Original Medicare, los servicios se cubren pagando a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de hospital) y Medicare Part B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se describen los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Todo medicamento o medicina de venta libre que una persona puede comprar sin una receta emitida por un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Part A.”

Parte B: Consulte “Medicare Part B.”

Parte C: Consulte “Medicare Part C.”

Parte D: Consulte “Medicare Part D.”

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D.”

Información de salud personal (también llamada Información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que se acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para saber cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Una aprobación que usted debe obtener de nuestra parte antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de atenderse con un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra los servicios o los medicamentos.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están descritos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en casa.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedores: Son médicos, personal de enfermería y otras personas que brindan servicios y atención, y que tienen una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar los montos de los medicamentos que cubrimos por receta.

Real Time Benefit Tool (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real): Un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, de los medicamentos cubiertos específicos del afiliado y de los beneficios. Esto incluye cantidades de distribución de costos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión del médico: Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o la nuestra para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión del médico para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: Son los tratamientos que pueden ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios confidenciales: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (STI), el HIV/AIDS, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de reafirmación de género y la violencia dentro de la pareja.

Área de servicios: Un área geográfica en la que el plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Cuidado en un Centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos del cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Especialista: Un médico que trata ciertos tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata los huesos fracturados, un alergista trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una remisión de su PCP para ir a un especialista.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia ante el Estado: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o no seguiremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, podrá solicitar una Audiencia ante el Estado. Si se le da la razón en esta audiencia, debemos brindarle el servicio que usted solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Cuidado urgentemente necesario: Es la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a este porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Servicios para Miembros de Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP)

LLAME AL	1-833-236-2366 Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que en el horario fuera de atención, los fines de semana y los días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	go.wellcare.com/WCandCVH

Declaración de Divulgación de PRA:

De conformidad con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850."