

2027

Manual para Miembros

CenCal
CareConnect™
(HMO D-SNP)

1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al **711**), 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre



Manual para Miembros de CenCal CareConnect

Del 1º de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos bajo CenCal CareConnect (HMO D-SNP), plan Medicare Medi-Cal

Introducción al *Manual para Miembros*

Este *Manual para Miembros*, también conocido como Evidencia de Cobertura, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros*.

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

Cuando este *Manual para Miembros* dice “nosotros,” “nos,” “nuestro” o “nuestro plan,” se refiere a CenCal CareConnect.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y español.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, si llama a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.

Para hacer una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos al inglés o formato alternativo, o para hacer cambios a una solicitud permanente, llame a los Servicios para Miembros de CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). CenCal Health mantendrá su información como una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones para que no tenga que realizar una solicitud por separado cada vez.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay at 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay at 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). وتتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والمطبوعة بحروف كبيرة. اتصل على الرقم 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար հասանելի են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլով և խոշոր տառերով տպված փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) հեռախոսահամարով: Այս ծառայություններն անվճար են:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语获得帮助，请致电
1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711)。我们也为残疾人士提供
辅助和服务，例如盲文版和大字号文件。请致电
1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ
1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ
ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ
ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो
1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) पर कॉल करें। विकलांग
व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट
में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-877-814-1861
(TTY: CA Relay 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oobqhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語での対応が必要な場合は 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) 번으로 문의하십시오 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້
ໂທຫາເບີ 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍ
ເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນ
ອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-814-1861
(TTY: CA Relay 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ
ໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac
daaih lorx taux 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Liouh lorx
jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic
fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc
aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun
longc. Douc waac daaih lorx 1-877-814-1861
(TTY: CA Relay 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

ខ្មែរ (Cambodian)

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរ
អ្នក សូម ទូរស័ព្ទលេខ 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711)។
ជំនួយនិងសេវាសម្រាប់អ្នកដែលមាន
ភាពពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបនិងអក្សរធំៗ ក៏មានជូនផងដែរ
។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711)។ សេវាកម្ម
ទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

فارسی (Farsi)

اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید، با شماره 1-877-814-1861 تماس بگیرید
(TTY: CA Relay 711). خدمات و کمک‌هایی برای افراد دارای معلولیت، مانند
مدارک به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-877-814-1861
تماس بگیرید (TTY: CA Relay 711). این خدمات به صورت رایگان ارائه می‌شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке,
позвоните по телефону 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711).
Также доступны вспомогательные средства и услуги для
людей с ограниченными возможностями, такие как
документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным
шрифтом. Позвоните по телефону 1-877-814-1861
(TTY: CA Relay 711). Эти услуги бесплатны.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). También hay disponibles aparatos y servicios de asistencia para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Estos servicios no tienen costo.

Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika tumawag sa 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento na nasa braille at malaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือแลบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте на номер 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Також надаються допомога й послуги для людей з інвалідністю, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великими літерами. Телефонуйте на номер 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in chữ cỡ lớn. Vui lòng gọi số 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual para Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas gratis. CenCal CareConnect proporciona traducciones escritas de traductores calificados. Llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). La llamada es gratis. Lea este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idiomas para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Otros formatos

Usted puede obtener esta información, de manera oportuna, en otros formatos como braille, letra grande tamaño 20, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin ningún costo. Llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). La llamada es gratis.

Servicios de acceso lingüístico

CenCal CareConnect ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, de un intérprete calificado, las 24 horas, sin ningún costo. No tiene que usar a un familiar o amigo como intérprete.

Desaconsejamos el uso de familiares o amigos, especialmente los menores de edad, como intérpretes a menos que sea una emergencia. Los servicios de acceso lingüístico, incluyendo servicios de interpretación, son gratuitos. Los servicios de interpretación están disponibles las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Para recibir ayuda en su idioma o para obtener este manual en un idioma diferente, llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). La llamada es gratis.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro.....	11
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	23
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos	42
Capítulo 4: Tabla de beneficios	67
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos como paciente ambulatorio.....	136
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal.....	160
Capítulo 7: Cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.....	182
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	189
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	201
Capítulo 10: Cómo cancelar la membresía en nuestro plan.....	249
Capítulo 11: Avisos legales	259
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	263

Descargos de responsabilidad

- ❖ Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1º de enero de 2028.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CenCal CareConnect, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía. También le informa qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan	12
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal	13
C. Ventajas de nuestro plan	13
D. Área de servicio de nuestro plan	14
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan	14
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud	15
G. Su equipo de atención y plan de atención	16
G1. Equipo de atención	16
G2. Plan de atención	16
H. Resumen de costos importantes	17
H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare	17
H2. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare	18
I. Este <i>Manual para Miembros</i>	18
J. Otra información importante que recibirá de nosotros	18



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro.....	19
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	20
J3. <i>Lista de medicamentos</i> cubiertos.....	21
J4. La <i>Explicación de beneficios</i>	21
K. Mantener actualizado su registro de membresía	22
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	22

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Fundada en 1983, CenCal Health es una organización de cuidado de salud comunitario sin fines de lucro, también conocida como Sistema de Salud Organizado por el Condado (County Organized Health System, COHS). Un COHS es un modelo del Programa de Cuidado de Salud Administrado de Medi-Cal de California, donde una sola entidad administra el Programa de Medi-Cal en un área de servicio. CenCal Health es una entidad pública que se rige por una Junta Directiva, cuyos miembros provienen de nuestra comunidad. CenCal Health se asocia con médicos, hospitales, farmacias, clínicas y otros proveedores para brindar servicios de cuidado de salud de calidad a los miembros del Condado de Santa Barbara y del Condado de San Luis Obispo.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es financiado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que Medicare no cubre.

Cada estado decide:

- lo que se considera como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios se cubren, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando cumplan las reglas federales.

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

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

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para 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. **Usted no paga nada adicional para unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de salud.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que toma para poder asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener.
 - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.
- **Nuevos miembros de CenCal CareConnect:** en la mayoría de los casos, se le inscribirá en CenCal CareConnect para obtener sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en CenCal CareConnect. Es posible que siga recibiendo servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior hasta por dos meses. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CenCal CareConnect. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: el Condado de Santa Barbara y el Condado de San Luis Obispo.

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

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

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando usted:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tenga 21 años o más al momento de la inscripción, **y**
- tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare,



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté nacionalizado, o no es ciudadano pero es elegible, y
- actualmente sea elegible para Medi-Cal.

Si pierde su elegibilidad pero espera recuperarla en tres meses, seguiremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad de Medi-Cal. Si usted no puede recuperar Medi-Cal dentro de tres meses, cancelaremos su inscripción en CenCal CareConnect. Si recupera su elegibilidad de Medi-Cal después de la cancelación de su inscripción, se tendrá que comunicar con nosotros para volverse a inscribir en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, le realizarán una evaluación de riesgo de salud (health risk assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha efectiva de su inscripción.

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

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA en una visita en persona, una llamada telefónica o por correo. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si han cambiado algunas de sus necesidades.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir usando los médicos que usa ahora durante un tiempo determinado, incluso si no están en nuestra red. A esto le llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio al momento de inscribirse por hasta 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir utilizando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente,” significa que usted consultó a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Determinamos una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que usted nos proporcione.
- Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta solicitud si llama al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). Si está en riesgo de sufrir algún daño, debemos responderle en tres días.
- Usted o su proveedor debe mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando haga la solicitud.

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

Después de que termine el periodo de continuidad de la atención, usted deberá utilizar médicos y otros proveedores de la red de CenCal CareConnect que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de cuidado primario, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su equipo de atención y 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, un coordinador de atención, sus especialistas, u otros profesionales de salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Usted obtiene un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no ofrecer y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

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

Su plan de atención incluye:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- un Plan de Atención Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) escrito que se crea solo para usted. Este plan se elabora después de evaluar sus necesidades sociales y de salud. Identifica sus problemas de salud, sus objetivos y los pasos que tomaremos juntos para ayudarle a mantenerse saludable.
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.
- lo que le gusta o prefiere para su atención.
- los servicios que recibirá para ayudarle con sus necesidades.
- cómo su cuidador puede ayudarle.
- una forma de comprobar si se han alcanzado sus objetivos o es necesario cambiarlos.

Su equipo de atención se reunirá con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que tal vez quiera considerar obtener. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H1**)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (**Sección H2**)

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

H2. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados 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 por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido entre la cantidad de meses restantes en el año.

El **Capítulo 2, Sección L** le proporciona más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados 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 una queja o apelación.

I. Este *Manual para Miembros*

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

Puede solicitar un *Manual para Miembros* llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Miembros* que se encuentra en nuestro sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1° de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, un *Directorio de proveedores y farmacias* y *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud del comportamiento y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe servicios o medicamentos recetados. A continuación, se muestra un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

 Member Name: Jane Doe Member ID: CC12345678 Care Management Phone: 1-877-814-1861 PCP Group/Name: Dr. Jones PCP Phone: 1-805-555-3000 MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 H7620-001 	In case of emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. Member Services: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay at 711) Behavioral Health: 1-877-814-1861 Nurse Advice Line 24/7: 1-800-524-5222 Pharmacy Help Desk & Customer Service 24/7: 1-833-726-0676 Website: www.cencalhealth.org/careconnect Send Claims to: <table border="0"> <tr> <td> Medical: CenCal CareConnect P.O. Box 948 Goleta, CA 93116 cencalhealth.org/providers/claims EDI Claims Payer ID# 953865941 </td> <td> Pharmacy: MedImpact Healthcare Systems P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 1-858-549-1569 E-mail: Claims@MedImpact.com </td> </tr> </table>	Medical: CenCal CareConnect P.O. Box 948 Goleta, CA 93116 cencalhealth.org/providers/claims EDI Claims Payer ID# 953865941	Pharmacy: MedImpact Healthcare Systems P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 1-858-549-1569 E-mail: Claims@MedImpact.com
Medical: CenCal CareConnect P.O. Box 948 Goleta, CA 93116 cencalhealth.org/providers/claims EDI Claims Payer ID# 953865941	Pharmacy: MedImpact Healthcare Systems P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 1-858-549-1569 E-mail: Claims@MedImpact.com		

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o es robada, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite después. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados de hospicio o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Servicios especializados de salud mental del condado
- Beneficios dentales de Medi-Cal, incluidos la atención dental administrada (Dental Managed Care, DMC) y el pago por servicio dental de Medi-Cal
- Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que no están cubiertos a través de CenCal CareConnect pueden estar cubiertos a través de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener una lista de las farmacias de la red de Medi-Cal Rx. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Cuando se utiliza la tarjeta de BIC de Medi-Cal para obtener medicamentos no cubiertos por CenCal CareConnect, Medi-Cal Rx es responsable de procesar la receta médica.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma electrónica o impresa) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Las solicitudes de copias impresas de los directorios de proveedores y farmacias se envían por correo en tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.cencalhealth.org/careconnect.

Este directorio enumera a los profesionales de la salud (como médicos, enfermeros certificados y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas) que puede visitar como miembro de CenCal CareConnect. También enumeramos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan, y,
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Definición de farmacias de la red

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

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto los Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la *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 hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos de CenCal CareConnect*.

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

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

J4. La Explicación de beneficios

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

La EOB le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que podrían estar disponibles. Puede hablar con el proveedor que le receta acerca de estas



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.

K. Mantener actualizado su registro de membresía

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos 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 costo compartido. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos inmediatamente sobre lo siguiente:

- cambios en su 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 doméstica, o el seguro de indemnización laboral;
- cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente de auto;
- admisión a centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencia;
- cambios de cuidador (o cualquier persona responsable de usted); y,
- si participa en un estudio de investigación clínica. (Nota: no está obligado a informarnos sobre el estudio de investigación clínica en el que planea participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.

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

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona la información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que sean sus defensores. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Servicios para Miembros	24
B. Su coordinador de atención	27
C. Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)	28
D. Línea de consejos de enfermera	29
E. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	30
F. Medicare	31
G. Medi-Cal	32
H. Oficina del Defensor General de cuidado de salud administrado y salud mental de Medi-Cal	33
I. Servicios Sociales del Condado	34
J. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado	36
K. Health Consumer Alliance (HCA)	36
L. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos	36
L1. Ayuda adicional (Extra Help) de Medicare	37
L2. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	37
M. Seguro Social	38



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

N. Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB)	39
O. Seguro grupal u otro seguro de un empleador.....	39
P. Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal.....	40
Q. Medi-Cal Dental	40

A. Servicios para Miembros

LLAME	1-877-814-1861. Esta llamada es gratis. 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico (PT), 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	CA Relay al 711. Esta llamada es gratis. 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico (PT), 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre
ESCRIBA A	CenCal CareConnect 4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110
SITIO WEB	www.cencalhealth.org/careconnect

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones o facturación
- decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
 - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- el monto que pagamos por sus servicios de salud.
- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9 Sección E1** de este *Manual para Miembros*.
- apelaciones sobre su cuidado de salud
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9 Sección E2** de este *Manual para Miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- quejas sobre su cuidado de salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos una queja a nosotros o a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección E**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura acerca de su cuidado de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja a Medicare sobre nuestro plan. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- el monto que pagamos por sus medicamentos.
- Otros medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como algunos 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) for more information. para obtener más información. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.
- apelaciones sobre medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre las apelaciones sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja a Medicare sobre nuestro plan. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre las quejas sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.
- pago por cuidado de salud o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención le ayuda a administrar sus proveedores médicos, servicios y necesidades generales de atención. Trabaja con usted para asegurarse de que reciba la atención adecuada, entienda los beneficios de su plan de salud y se mantenga al día con su plan de atención. Su coordinador de atención puede ser un enfermero, trabajador social, personal de apoyo no clínico u otro profesional capacitado que le ayude con cosas como citas, pases y conectarse con recursos comunitarios. Los coordinadores de atención ayudan a gestionar las transiciones de atención al trabajar con proveedores, miembros y cuidadores para garantizar que haya una coordinación sin problemas y una resolución oportuna de los problemas.

Puede cambiar de coordinador de atención llamando a los Servicios para Miembros de CenCal CareConnect.

LLAME	1-877-814-1861. Esta llamada es gratis. 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico (PT), 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	CA Relay al 711. Esta llamada es gratis. 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico (PT), 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	CenCal CareConnect Attention: Care Management 4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110
SITIO WEB	www.cencalhealth.org/careconnect

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su cuidado de salud
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- preguntas sobre beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluidos los servicios basados en la comunidad para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los centros de enfermería (Nursing Facilities, NF)
- preguntas sobre los apoyos comunitarios

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios Basados en la Comunidad para Adultos (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios médicos sociales
- cuidado de salud domiciliario
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- en ocasiones, puede obtener ayuda para sus necesidades diarias de salud y vida

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP es llamado Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

LLAME	805-928-5663 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico
ESCRIBA A	528 S. Broadway, Santa Maria, CA 93454
SITIO WEB	www.centralcoastseniors.org/hicap

Comuníquese con el HICAP para obtener ayuda con:

- los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones de plan;
 - responder preguntas sobre el cambio de planes;
 - presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, **y**
 - asistir con problemas de facturación o reclamaciones.

D. Línea de consejos de enfermera

La línea de consejos de enfermera de CenCal Health puede brindarle información y asesoría médica gratuita las 24 horas al día, todos los días del año. Puede hablar con una enfermera que responderá preguntas médicas, le brindará consejos sobre el cuidado y le ayudará a decidir si debe acudir a un proveedor de inmediato. También puede obtener ayuda para afecciones médicas como diabetes o asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser adecuado para su afección. Puede comunicarse con la línea de consejos de enfermera si tiene preguntas sobre su salud o cuidado de salud.

LLAME	1-800-524-5222 , la llamada es gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	CA Relay al 711 esta llamada es gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

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

LLAME	1-877-588-1123
TTY	711
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
CORREO ELECTRÓNICO	communications@commence.ai
SITIO WEB	www.commencehealthqio.cms.gov

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo
 - piensa que su estadía en el hospital terminó demasiado pronto, o
 - piensa que sus servicios de cuidado de salud domiciliario, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminaron demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

F. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis, las 24 horas al día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratis. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CONVERSE EN VIVO	Converse en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

SITIO WEB

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que se brindan.
- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y suministradores de cuidado de salud.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares para personas mayores, hospitales, médicos, agencias de cuidado de salud domiciliario, centros de diálisis, centros de cuidados de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internos y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles

Para presentar una queja ante Medicare, visite

www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

G. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que brinda servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, adultos mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de cuidado tutelar y mujeres embarazadas. Medi-Cal es financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios y apoyos médicos, dentales, de salud del comportamiento y 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 al plan de Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

LLAME	1-877-814-1861 8 a.m. to 8 p.m. PT, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1° de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1° de abril al 30 de septiembre
TTY	CA Relay al 711
ESCRIBA A	CenCal Health 4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110
SITIO WEB	www.cencalhealth.org

H. Oficina del Defensor General de cuidado de salud administrado y salud mental de Medi-Cal

La Oficina del Defensor General ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Le escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán políticas y procedimientos, le brindarán información, asesoría y opciones, y le sugerirán los pases apropiados. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso al cuidado de salud. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME	1-888-452-8609 De lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios, comuníquese con su agencia local de Servicios Sociales del condado. Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales de su condado para solicitar Servicios de Apoyo en el Hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que le proporcionan para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer las compras o transporte.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAME	Departamento de Servicios Sociales del Condado de Santa Barbara 1-844-289-4682 Esta llamada es gratis. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m. Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo • Arroyo Grande: 805-474-2000 • Atascadero: 805-461-6000 • Morro Bay: 805-772-6405 • Nipomo: 805-931-1800 • Paso Robles: 805-237-3110 • San Luis Obispo: 805-781-1600 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
--------------	---



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

ESCRIBA A	Condado de Santa Barbara • Oficina principal de Santa Barbara: 234 Camino del Remedio, Santa Barbara, CA 93110-1341 • Oficina principal de Santa Maria: 2125 S. Centerpointe Pkwy., Santa Maria, CA 93455-1337 • Oficina principal de Lompoc: 1100 W. Laurel Ave., Lompoc, CA 93436-5160 Condado de San Luis Obispo • Arroyo Grande: 1086 East Grand Ave., Arroyo Grande, CA 93420 • Atascadero: 9630 El Camino Real, Atascadero, CA 93422 • Morro Bay: 600 Quintana Road, Morro Bay, CA 93442 • Nipomo: 681 West Teft St., Suite 1, Nipomo, CA 93444 • Paso Robles: 406 Spring St., Paso Robles, CA 93446 San Luis Obispo: 3433 South Higuera, San Luis Obispo, CA 93401
SITIO WEB	Condado de Santa Barbara https://www.countyofsb.org/185/Social-Services Condado de San Luis Obispo https://www.slocounty.ca.gov/departments/social-services



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

J. Agencia de Servicios de Salud del Comportamiento del Condado

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

LLAME	Línea de acceso de bienestar del Departamento de Comportamiento del Condado de Santa Barbara: 1-888-868-1649 La llamada es gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana Línea de acceso de bienestar del Departamento de Comportamiento del Condado de San Luis Obispo: 1-800-838-1381 La llamada es gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana
TTY	711, esta llamada es gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana

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

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias que ofrece el condado

K. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) es una colaboración a nivel estatal que ofrece ayuda legal gratuita en línea, por teléfono o en persona para ayudar a aquellas personas que viven en California y que están enfrentando dificultades para mantener su cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud. Para aprender más sobre HCA o para posiblemente obtener ayuda, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org/.

L. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

L1. Ayuda adicional (Extra Help) de Medicare

Dado que es elegible para Medi-Cal, usted califica y recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda adicional.”

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto en una farmacia por un medicamento recetado, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga de más por un copago, le reembolsaremos el dinero ya sea enviándole un cheque o un crédito hacia un futuro copago. Si la farmacia no le cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

L2. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y sigue en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Assistance Program, ADAP), para quienes califican, es más conveniente que participar 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, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov.

M. Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

LLAME	1-800-772-1213 Calls to this number are free. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios automatizados de teléfono para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

N. Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB)

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

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

O. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud como jubilado, las primas o el periodo de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1 800 633 4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados, **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.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

P. Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal

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

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a servicios médicos
- apelar servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)

El Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del Defensor General es 1-855-501-3077.

Q. Medi-Cal Dental

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

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, sellantes y tratamientos con fluoruro;
- restauraciones y coronas;
- terapia de conducto radicular y
- dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases

LLAME

1-800-322-6384

La llamada es gratis.

Los representantes de Medi-Cal Dental de pago por servicio (Fee for Service, FFS) están disponibles para ayudarle de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

En lugar del pago por servicio de Medi-Cal Dental, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre planes dentales o cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Cuidado de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos del plan de atención administrada dental también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	44
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	44
C. Su coordinador de atención	46
C1. Qué es un coordinador de atención	46
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención	46
C3. Cómo cambiar su coordinador de atención	46
D. Atención de los proveedores	46
D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)	46
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	49
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	50
D4. Proveedores fuera de la red	51
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	51
F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	52
F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal prestados fuera de nuestro plan ..	52



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

G. Servicios de transporte	55
G1. Transporte médico que no es de emergencia	55
G2. Transporte no médico	56
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.....	58
H1. Atención en caso de emergencia médica	58
H2. Atención necesaria con urgencia	59
H3. Atención durante un desastre	60
I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?	60
I1. Qué hacer si su plan no cubre los servicios	61
J. Cobertura de los servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica	61
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	61
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	62
J3. Más sobre los estudios de investigación clínica	62
K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución de salud no médica religiosa	63
K1. Definición de una institución de salud no médica religiosa	63
K2. Atención de una institución de salud no médica religiosa	63
L. Equipo médico duradero (DME).....	64
L1. Obtener DME como miembro de nuestro plan	64
L2. Propiedad de DME si se cambia a Medicare Original.....	64
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	65
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA).....	65



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios son cuidado de salud, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. El cuidado de salud cubierto, la salud conductual y los LTSS se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos LTSS.

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

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

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

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento y muchos LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para tener cobertura de nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Table de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. El cuidado de salud médicamente necesario se requiere para evitar que las personas enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso al tratar afecciones, enfermedades o lesiones.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de cuidado primario** (primary care provider, **PCP**) de la red que brinde 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**).



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores en la red de su plan. Esto se llama pase. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- No necesita pases de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, para utilizar un proveedor de salud para la mujer o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1**
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D**). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el total por los servicios que reciba. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H**).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización previa de CenCal CareConnect antes de recibirla. En esta situación, cubrimos la atención sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
 - Si necesita servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un periodo corto o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página antes de que salga del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
 - Si usted es un miembro nuevo de nuestro plan, puede solicitar seguir recibiendo atención de sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, podrá continuar usando los proveedores que utiliza actualmente por hasta 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa utilizando proveedores que no están en nuestra red.

Otra cobertura de salud: Usted debe utilizar toda otra cobertura de salud (other health coverage, OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura médica primaria, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Cal será el pagador secundario de OHC de Medicare, y cubre los costos permitidos no pagados por Medicare u otra cobertura de salud hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de CenCal CareConnect: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en CenCal CareConnect para obtener sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en CenCal CareConnect. Es posible que siga recibiendo servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CenCal CareConnect. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindar servicios de coordinación de atención. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asignará un coordinador de atención. Esta persona trabaja con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención y puede darle pases a recursos y servicios comunitarios que pueden apoyar sus necesidades de salud.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al número de teléfono de Administración de Atención que se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación de miembro de CenCal CareConnect.

C3. Cómo cambiar su coordinador de atención

Puede llamar a CenCal CareConnect y solicitar el cambio al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe elegir un PCP para que le brinde y administre su atención.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Un proveedor de cuidado primario (PCP) es un proveedor autorizado que le brinda cuidado de salud de rutina. Su PCP también le dará un pase si necesita un especialista u otro proveedor. Su PCP puede ser un:

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Enfermero de práctica avanzada
- Asociado médico
- Proveedor de Cuidado de Salud Para Indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP)
- Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualifed Health Center, FQHC)
- Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC)
- Clínica

Su PCP:

- Conocerá sus antecedentes y necesidades médicos
- Mantendrá sus registros de salud
- Le dará el cuidado de salud preventivo y de rutina que usted necesita
- Le enviará con un especialista si necesita uno
- Hará los arreglos para la atención hospitalaria si la necesita
- Coordinará los servicios cubiertos
- Ayudará a obtener autorización previa cuando sea necesario

Su elección de PCP

Puede elegir cualquier PCP de nuestra red que acepte nuevos miembros.

Puede encontrar una lista de PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias* en la **Sección C1**; buscar un PCP en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect; o llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener ayuda.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Opción para cambiar su PCP

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

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. Estaremos encantados de ayudarle y enviarle una nueva tarjeta de identificación. El cambio será efectivo el primer día del mes siguiente.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red
- Servicios cubiertos que se necesitan con urgencia y que requieren cuidado de salud inmediato (pero no es una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra la neumonía y vacunas contra el tétanos, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de cuidado de salud de rutina para la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Además, si usted es un miembro indígena estadounidense, puede obtener servicios cubiertos de un proveedor de cuidado de salud indígena de su elección, sin necesidad de un pase de un PCP de la red ni de autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

Cuando su PCP considere que necesita un tratamiento especializado, le dará un pase para que consulte a un especialista del plan o ciertos otros proveedores. Es posible que para otros tipos de pases requieran autorización previa de CenCal CareConnect. Autorización previa significa que obtiene la aprobación del plan antes de recibir un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. El proceso de revisión de autorización previa involucra una evaluación del personal clínico o médico, como médicos, enfermeros o farmacéuticos, para determinar la necesidad médica. Cualquier decisión de denegar una solicitud basada en una necesidad médica solo puede ser tomada por profesionales de la salud calificados, como un director médico del plan, un farmacéutico o un psicólogo clínico con nivel de doctorado. Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4 Sección D** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Un pase por escrito puede ser para una sola visita o puede ser un pase permanente para más de una visita si necesita servicios continuos. Debemos darle un pase permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una crónica (afección continua)
- una enfermedad mental o física potencialmente mortal
- una enfermedad o discapacidad degenerativa
- cualquier otro tratamiento, afección o enfermedad que sea grave y lo suficientemente compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no recibe un pase por escrito cuando lo necesite, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a los Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted utiliza deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento sale de nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si le atendió en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar manejando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamientos o las terapias médicamente necesarias de otro proveedor de nuestra red. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado accesible para usted dentro de la red, debemos hacer los arreglos para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa. Consulte la siguiente sección para obtener información adicional.
- Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para manejar su atención.
- Si cree que no reemplazamos a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja formal sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

D4. Proveedores fuera de la red

Cuando su PCP considere que usted necesita tratamientos especializados, enviará un pase para atención especializada. En algunos casos, es posible que sea necesario obtener una autorización previa para que pueda recibir atención de un proveedor de atención especializada.

Si necesita cuidado de salud que CenCal CareConnect cubre y los proveedores de la red de CenCal CareConnect no pueden brindarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con autorización previa sin costo adicional para usted.

Otros servicios que puede recibir fuera de la red incluyen:

- Atención de emergencia y servicios de urgencia fuera del área que recibe de un proveedor fuera de la red dentro de los Estados Unidos y sus territorios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio, que es el Condado de Santa Barbara y el Condado de San Luis Obispo.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagar un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluida la atención en un centro de enfermería especializada, los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) y los apoyos comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), que son servicios autorizados a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Los IHSS cubren servicios aprobados para ayudarle a permanecer en su hogar, incluida la limpieza de la casa, la preparación de comidas, el lavado de ropa, las compras, el cuidado personal, los servicios paramédicos, el acompañamiento a citas médicas y la supervisión protectora.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Para obtener información en el **Condado de Santa Barbara**, comuníquese con los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de los Servicios Sociales de Santa Barbara:

- Oficina de Santa Barbara: 805-681-4550
- Oficina de Santa Maria: 805-346-8303
- Oficina de Lompoc: 805-737-6020

Para obtener información en el **Condado de San Luis Obispo**, comuníquese con los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de los Servicios Sociales de San Luis Obispo:

- Oficina de Atascadero: 805-461-6110
- Oficina de Arroyo Grande: 805-474-2103

Para obtener más información o si necesita ayuda, puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al número de teléfono de administración de atención que está en su tarjeta de identificación de miembro.

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

Usted tiene derecho a acceder a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal cubren. Proporcionamos acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no proporciona servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero están disponibles para usted a través del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado si cumple los requisitos de elegibilidad.

Para acceder a estos servicios, comuníquese con las Líneas de Acceso de su área.

- Línea de acceso del Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara (las 24 horas, los 7 días a la semana): 1-888-868-1649
- Línea de acceso de bienestar del Departamento de Comportamiento del Condado de San Luis Obispo (las 24 horas, los 7 días a la semana): 1-800-838-1381

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

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple los requisitos para acceder a los servicios de salud mental



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o el Departamento de Salud del Comportamiento de San Luis Obispo incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en caso de crisis
- servicios de estabilización en caso de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes internos con enfermedades psiquiátricas
- administración de casos específicos
- reingreso con implicación de la justicia
- tratamiento comunitario asertivo (assertive community treatment, ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (forensic assertive community treatment, FACT)
- atención especializada coordinada (coordinated specialty care, CSC) para el primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP)
- servicios de casa club
- servicios de trabajadores de salud comunitarios (community health worker, CHW) mejorados
- apoyo para el empleo
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios del comportamiento terapéuticos



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- cuidado tutelar terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos a domicilio

Los servicios de Medi-Cal de medicamentos (Drug Medi-Cal, DMC) que proporciona el Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o el Departamento de Salud del Comportamiento de San Luis Obispo incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) están disponibles a través del Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o el Departamento de Salud del Comportamiento de San Luis Obispo si cumple los requisitos para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- servicios para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- 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 síntomas de abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de gestión de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para miembros menores de 21 años)
- servicios para pacientes internos

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación para pacientes internados voluntariamente si cumple los requisitos.

No se requiere autorización previa para los servicios de salud del comportamiento; sin embargo, es posible que se requiera un pase. Si cumple los requisitos de necesidad médica para servicios de salud mental especializados a través del Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o para servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) a través de los Departamentos de Salud del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o San Luis Obispo, CenCal CareConnect le ayudará a vincular y coordinar su atención con la agencia apropiada. Para acceder directamente a los servicios, puede llamar a:

Línea de acceso del condado de Santa Barbara: 1-888-868-1649

Línea de acceso del condado de San Luis Obispo: 1-800-838-1381

Servicios para Miembros de CenCal CareConnect: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711)

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no es de emergencia (NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un auto, autobús o taxi para asistir a sus citas. Se puede proporcionar NEMT para todos los servicios cubiertos de Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, por consumo de sustancias y citas en farmacias. Si usted necesita NEMT, puede hablar con su proveedor y pedirselo. Su proveedor decidirá el tipo de transporte correcto para satisfacer sus necesidades. Si usted necesita transporte médico, se lo recetarán al completar un formulario y enviándolo a CenCal CareConnect para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, es posible que reciba



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

aprobación por hasta 12 meses. Su proveedor volverá a evaluar su necesidad médica de NEMT según sea necesario o al vencer su receta y, puede volver a aprobar el NEMT por hasta 12 meses.

El NEMT es una ambulancia, una camioneta, una camioneta para sillas de ruedas o transporte aéreo. CenCal CareConnect le permite el modo de transporte cubierto con el menor costo y el NEMT más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte a su cita. Por ejemplo, si usted puede ser transportado física o médicamente en una camioneta adaptada para sillas de ruedas, CenCal CareConnect no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica no permite que use ningún tipo de transporte terrestre.

El NEMT debe usarse cuando:

- Lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización por escrito de su proveedor porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesite la ayuda del conductor para salir de su residencia, vehículo o lugar de tratamiento, y llegar a ellos, debido a una incapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 o al Ventura Transit System al 1-855-659-4600 al menos cinco días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites del transporte médico

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

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico (NMT) incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener un viaje sin costo cuando:

- Va o viene de una cita para recibir un servicio autorizado por su proveedor, o



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Va a recoger medicamentos recetados y suministros médicos.

CenCal CareConnect le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado para llegar a su cita para recibir servicios autorizados por su proveedor. CenCal CareConnect utiliza el Ventura Transit System para organizar el NMT. Cubrimos el tipo de NMT de menor costo que se adapte a sus necesidades.

A veces, es posible que le reembolsen los viajes en un vehículo privado que usted organice. CenCal CareConnect debe aprobarlo **antes** de que obtenga el viaje, y usted debe informarnos por qué no puede transportarse de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos llamándonos, enviando un correo electrónico o en persona a Servicios para Miembros. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

Para el reembolso de millaje, se requiere todo lo siguiente:

- la licencia de conducir del conductor.
- el registro del vehículo del conductor.
- un comprobante del seguro de auto del conductor.

Para solicitar un viaje para servicios que han sido autorizados, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 o al Ventura Transit System al 1-855-659-4600 al menos cinco días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

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

Límites del transporte no médico

CenCal CareConnect proporciona el NMT de menor costo que satisfaga sus necesidades de transporte de su hogar al proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni se le puede reembolsar directamente.**

El NMT **no** aplica si:

- Se necesita una ambulancia, camioneta, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para obtener un servicio.
- Necesita la ayuda del conductor para salir de la residencia, el vehículo o el lugar de tratamiento, y llegar a ellos, debido a una incapacidad física o médica.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Está en silla de ruedas y no puede moverse para salir y entrar al vehículo sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como una enfermedad, dolor grave, lesión grave o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe cuidado de salud inmediato, usted o cualquiera con un conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar que resulte en:

- riesgo serio a su vida o la de su bebé por nacer; o
- pérdida o un daño grave a las funciones corporales; o
- una disfunción grave de cualquier órgano corporal; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - La transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o la del bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita una aprobación o un pase de su PCP. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede obtener cuidado de salud de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, avise a nuestro plan sobre su emergencia.** Damos seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por los servicios de emergencia si demora en informarnos. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 7 días a la semana (excepto el Día de



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones cuando ir a la sala de emergencia de otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores que le proporcionen atención de emergencia pueden decidir cuándo su condición es estable y se termina la emergencia médica. Seguirán dándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para recuperarse.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, trataremos de hacer que proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Obtener atención de emergencia si no es una emergencia

En ocasiones, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que vaya para recibir atención de emergencia y el médico le dice que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted considere razonablemente que su salud está en grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Usa un proveedor de la red, **y**
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención necesaria con urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

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

Cubrimos atención de urgencia solo si:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red, **y**



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable ir con un proveedor de la red, dado el tiempo, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan, llame a su PCP. Si no puede localizar a su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). O puede llamar a la línea de consejos de enfermera de CenCal Health al 1-800-524-5222 para conocer el nivel de atención que es mejor para usted.

Atención necesaria de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre cuidado de salud de urgencia ni ningún otro tipo de atención que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

H3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: www.cencalhealth.org/careconnect/get-care-during-emergencies.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5**, Sección A de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

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

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

Usted no debería pagar la factura por sí solo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

I1. Qué hacer si su plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen como médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*), **y**
- que se obtengan siguiendo las reglas del plan.
- Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**, a menos que estén cubiertos por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

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

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

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá 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 obtener información sobre cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

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

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener aprobación nuestra, pero le sugerimos que nos informe a nosotros y a su



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos

que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (Determinaciones de Cobertura Nacional [National Coverage Determination, NCD] Cobertura con Desarrollo de Evidencia [Coverage with Evidence Development, CED]) y estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

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

Si se ofrece voluntariamente para participar en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará 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 une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

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

J3. Más sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los 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.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

K1. Definición de una institución de salud no médica religiosa

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

Este beneficio es solo para servicios para pacientes internos de la Parte A de Medicare (servicios de salud no médicos).

K2. Atención de una institución de salud no médica religiosa

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

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

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan únicamente cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internos o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, de lo contrario su estadía **no** estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes internos de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4 Sección D**.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Obtener DME como miembro de nuestro plan

Como miembro de CenCal CareConnect, usted tiene derecho a la gama completa de cobertura de DME tanto de Medicare como de Medi-Cal. Medicare es el pagador principal. Si no se cumplen los criterios de cobertura de Medicare, utilizaremos los criterios de cobertura de Medi-Cal. Por ejemplo, Medicare limita los DME, como las sillas de ruedas, a los equipos necesarios para su uso en el hogar. Medi-Cal no tiene este límite y cubre algunos DME que se necesitan para usar tanto en el hogar como en la comunidad. El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios pedidos por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andaderas.

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

Otros tipos de DME los debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, generalmente **no** será propietario de los artículos DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

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

L2. Propiedad de DME si se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios del mismo.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que realizar 13 pagos consecutivos bajo Medicare Original, o tendrá que realizar la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan de MA, para ser propietario del artículo DME si:

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

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Medicare Original o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos del plan Medicare Original o MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos seguidos bajo Medicare Original o una cantidad de pagos nuevos seguidos establecida por el plan de MA para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Medicare Original o a un plan de MA.

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

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

- el alquiler de equipos de oxígeno
- el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- los tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- el mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

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

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

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

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

- el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses
- el equipo y los suministros de oxígeno por hasta cinco años si es médicamente necesario

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

- Su proveedor ya no tiene por qué proporcionárselo y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de cinco años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Su proveedor luego le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Cada 5 años se inicia un nuevo ciclo siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Nuevos miembros de CenCal CareConnect: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en CenCal CareConnect para obtener sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en CenCal CareConnect. Es posible que siga recibiendo servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CenCal CareConnect. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) si tiene alguna pregunta.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	68
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios	68
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	68
D. Nuestra Tabla de beneficios	70
E. Apoyos comunitarios	123
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	126
F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT).....	126
F2. Medi-Cal Dental	127
F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)	127
F4. 1915(c) Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) Exención de vida asistida (ALW).....	128
F5. Servicios de salud del comportamiento del condado proporcionados fuera de nuestroplan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	132
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal.....	134

? **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

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

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861.

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

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

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

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. (**La cobertura de Medicamentos está en el Capítulo 5.**) Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

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

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y uso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser “medicamente necesarios.” Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que le impida ingresar a un hospital



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado un pase. Esto significa que usted posiblemente tenga que pagarle al proveedor el monto completo por los servicios fuera de la red que usted reciba. El **Capítulo 3 Sección D** de este *Manual para Miembros* contiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores en la red de su plan. Esto se llama pase. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* contiene más información sobre cómo obtener un pase y cuándo **no** lo necesita.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa (prior authorization, PA). Marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA. Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y costos de Medicare Original, vaya a su manual *Medicare y usted (Medicare & You) del 2027*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o pida 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 cualquier servicio nuevo durante el 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá estos servicios.
- Si está dentro del periodo de 3 meses de elegibilidad continua considerada, nosotros seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos de los planes Medicare Advantage y Medi-Cal. Durante este tiempo, nosotros le ayudaremos a recuperar



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

elegibilidad para Medi-Cal. Si usted no puede recuperar Medi-Cal dentro de tres meses, cancelaremos su inscripción en CenCal CareConnect. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal después de que cancelemos su inscripción, será necesario que usted se comunique con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

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

D. Nuestra Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un único ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un pase de su médico, asociado médico (physician assistant, PA), enfermero de práctica avanzada (nurse practitioner, NP) o enfermero clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS).	\$0
Acupuntura* Pagamos hasta dos servicios de acupuntura ambulatorios en cualquier mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, que se define como: • dura 12 semanas o más; • no es específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como por ejemplo, no relacionado con enfermedad metastásica, infamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; • no está relacionado con el embarazo. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asociados médicos (physician assistants, PA), enfermeros de práctica avanzada (nurse practitioners, NP)/ enfermeros especialistas clínicos (clinical nurse specialists, CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o de la mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección y asesoría sobre el abuso de alcohol Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (Detección, intervención breve y referencia a tratamiento [Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT]) para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoría presencial cada año (si puede hacerlo y está alerta durante la asesoría) con un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano donde puedan darle atención. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su salud o su vida. Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (no de emergencia). En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención pongan en riesgo su vida o su salud.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Visita anual de bienestar Puede hacerse una revisión anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Lo pagamos una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para recibir visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
	Servicios preventivos de asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar los desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar de las personas con asma mal controlada.	\$0
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico revise y comente los resultados.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón)* Pagamos servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicio, educación y asesoría. Los miembros deben cumplir ciertos requisitos y tener un pase del médico. Cubrimos estos programas integrales si usted ha tenido por lo menos una de estas condiciones: • ataque al corazón en los últimos 12 meses • Operación de bypass de la arteria coronaria • angina de pecho estable (dolor de pecho) • reparación o reemplazo de válvula del corazón • angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria obstruida) o stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener abierta una arteria) • trasplante de corazón o corazón y pulmón • insuficiencia cardiaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Usted puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardiaca. Puede recibir dos sesiones al día (cada una puede durar una hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones más que pueden distribuirse en un periodo de tiempo más largo.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • hablar sobre el uso de aspirina; • revisar su presión arterial, y/o • brindarle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	\$0
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debidos al riesgo alto de enfermedad cardíaca.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses; • para mujeres con riesgo alto de cáncer cervical o vaginal, una prueba de Papanicolaou cada 12 meses; • para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil, una prueba de Papanicolaou cada 12 meses; • para mujeres de 30 a 65 años, una prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más prueba de VPH una vez cada 5 años	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos* Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna para corregir la alineación Nota: Medicare no cubre el costo de ningún otro servicio ni pruebas que ordene un quiropráctico (incluyendo radiografías).	\$0
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de riesgo alto después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con riesgo alto de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen riesgo alto después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de riesgo alto desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de riesgo alto. Una vez cada 3 años • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de riesgo alto. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, descrito en la Sección F2 a continuación. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Otros servicios dentales comunes incluyen exámenes, raspado de sarro y planificación de raíces (limpieza profunda), tratamiento de emergencia, extracción de dientes, tratamiento de endodoncia, coronas de laboratorio, y dentaduras parciales. Es necesario que se cumplan los criterios de necesidad médica del programa.	\$0
 Prueba de detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o pases.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de diabetes Pagamos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en la sangre ○ tiras reactivas de glucosa en la sangre ○ lancetas y dispositivos para lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario,  ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos) ○ En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.	\$0
Servicios de doula Para las personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el periodo prenatal y posparto, así como apoyo durante el parto y el nacimiento. También se podrán proporcionar hasta nueve visitas posparto adicionales.	\$0

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados * Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para Miembros</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME).” Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • almohadilla de presión seca para colchón • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y postes • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andaderas • bastón cuádruple o de manija curva estándar y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis Se pueden cubrir otros artículos. Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medi-Cal generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si se puede encargar especialmente para usted.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia Atención de emergencia significa servicios que son: • proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, • necesaria para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe cuidado de salud inmediato, cualquiera con un conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar que resulte en: • riesgo serio a su salud o la de su bebé por nacer; ○ • un daño grave a las funciones corporales; ○ • una disfunción grave de cualquier órgano corporal; ○ • pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ La transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o la del bebé por nacer. El plan solo cubre atención de emergencia dentro de los EE. UU. y sus territorios.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su emergencia se estabilice, puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención hospitalaria solo si nuestro plan aprueba su estadía.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico de planificación familiar • pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • métodos de planificación familiar (dispositivo intrauterino [DIU], implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parche o anillo) • suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • servicios de fertilidad limitados, como asesoramiento y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad o asesoría sobre salud preconcepcional, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • asesoría y pruebas para el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH. • anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar). Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía) • asesoría genética También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para embarazarse.) • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas de educación sobre salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen: • clases de educación para la salud; • clases de educación nutricional; • cómo dejar de fumar y consumir tabaco; y • línea directa de enfermería	\$0
Servicios de audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indicarán si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los aparatos auditivos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos: • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de recibir el aparato auditivo • alquiler de aparatos auditivos durante el periodo de prueba • dispositivos de ayuda auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea de uso superficial • servicios de audiología y evaluación posterior relacionados con los aparatos auditivos CenCal CareConnect cubre una asignación de hasta \$650 para aparatos auditivos y accesorios cada año calendario, además de la cobertura de Medi-Cal. • Máximo 2 dispositivos por año	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para personas que: • soliciten una prueba de detección del VIH, o • tengan un mayor riesgo de contraer la infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de VIH adicionales cuando su proveedor lo recomienda.	\$0
Cuidado de salud domiciliario* Antes de poder recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistencia de atención domiciliaria a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de cuidado de salud domiciliario, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia cuidado de salud domiciliario combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) • terapia física, ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión domiciliaria* Nuestro plan paga la terapia de infusión domiciliaria, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel y proporcionadas en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba, y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión domiciliaria que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados según su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para proporcionar terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Cuidados de hospicio Usted tiene derecho a elegir cuidados de hospicio si su proveedor y el director médico de cuidados de hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención domiciliaria Cuando es ingresado a un hospicio, usted tiene el derecho de seguir en nuestro plan. Los servicios de cuidados de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados de hospicio por sus servicios de cuidados de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0
---	------------

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Parte A de Medicare o Parte B de Medicare: - Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que se relacionen o no con su pronóstico terminal. No paga nada por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: - Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 Sección F3 de este <i>Manual para Miembros</i>. Nota: Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan atención en equipo centrada en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Es posible que reciba cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos o regulares. Consulte la sección de Cuidados Paliativos a continuación para obtener más información. Nota: Si necesita atención que no sean cuidados de hospicio, llame a su coordinador de atención o a los servicios para miembros para coordinar los servicios. La atención que no es paliativa es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • vacunas contra la hepatitis B si nunca le han puesto una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra condición que le pone resulta en un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • otras vacunas si está en riesgo y cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internos* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios; • fármacos y medicamentos • pruebas de laboratorio • rayos X y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios por abuso de sustancias para pacientes internos • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su emergencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internos (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. • sangre, incluido el almacenamiento y la administración. Cobertura de sangre completa o de glóbulos rojos empaquetados empieza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Es necesario que usted pague el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o que la sangre la done usted o alguien más. Todos los otros componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta. • servicios del médico Nota: Para ser un paciente interno, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio.” Si no está seguro de si es un paciente interno o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico* Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. • Si necesita servicios para pacientes interno en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado local pagar los servicios psiquiátricos para pacientes internos que sean médicamente necesarios. La autorización para atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental del condado local. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internos que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que recibe en un instituto para enfermedades mentales (Institute for Mental Diseases, IMD).	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Estadía hospitalaria: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta No pagamos su estadía como paciente interno si ya utilizó todos sus beneficios como paciente interno o si la estadía no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • servicios de médicos • pruebas diagnósticas, como pruebas de laboratorio • terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • prótesis y aparatos ortopédicos, excepto los dentales, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Son dispositivos que sustituyen total o parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, amazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o un cambio en su condición. • terapia física, del habla y ocupacional	\$0
---	-----

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales* Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a que tome buenas decisiones sobre su atención. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe darle un pase. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internos si es admitido como pacientes internos en un hospital para recibir atención especial • Capacitación para autodiálisis, incluida capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Nuestro plan paga la detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años Después de la primera evaluación, nuestro plan paga otra evaluación cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige proporcionar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida para la detección del cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Terapia nutricional médica* Este beneficio es para personas con diabetes o que tienen enfermedad renal crónica sin diálisis. También se utiliza para personas después de recibir un trasplante de riñón dentro de 36 meses cuando lo solicita su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario. Pagamos dos horas de servicios de asesoría personalizada cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con el pase de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pase cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.	\$0
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar los comportamientos saludables. Proporciona formación práctica sobre: • cambio de dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Medicamentos de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • el medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV). Aparte de los costos del medicamento, es posible que usted necesite pruebas e imágenes adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su doctor sobre que imágenes y pruebas puede usted necesitar como parte de su tratamiento. • factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • medicamentos contra la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0
--	---	------------

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (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 estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos Este beneficio continúa en la siguiente página	



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epotina beta) - inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria - nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados. El Capítulo 6 de este <i>Manual para Miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería* Un centro de enfermería (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, ocupacional y del habla • terapia respiratoria • medicamentos que le recetaron como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea.) • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindar los centros de enfermería Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería (continuación) • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médico o practicante médico • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas • beneficios para la visión • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, recibe su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir cuidado de salud en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería). • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que sale del hospital.	
 Detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoría para ayudarlo a perder peso. Debe recibir la asesoría en un entorno de atención primaria. De esa manera, podrá gestionarse con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de un programa de tratamiento de opioides (opioid treatment program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, manejar y administrarle estos medicamentos • asesoría sobre el uso de sustancias • terapia individual y grupal • servicios de coordinación de atención y apoyo entre pares • pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • radiografías • terapia de radiación (con radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), cuando su médico u otro proveedor de cuidado de salud las solicita para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria ambulatoria * Pagamos servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ser admitido como paciente interno o se le puede dar de alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere 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." Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación • Pruebas de laboratorio y diagnósticas facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (clinical social worker, CSW) • un enfermero clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS) • un consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) • un enfermero de práctica avanzada (nurse practitioner, NP) • un asociado médico (physician assistant, PA) • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • servicios clínicos • tratamiento diurno (limitado a 5 días por semana y requiere autorización del plan de Salud Mental del condado) • servicios de rehabilitación psicosocial (limitado a 5 días por semana y requiere autorización del MHP del condado) • programas de hospitalización parcial o ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • pruebas psicológicas cuando esté clínicamente indicado para evaluar el resultado de salud mental • servicios ambulatorios con el fin de supervisar la terapia de medicamentos • laboratorio ambulatorio, medicamentos, suministros y suplementos • consulta psiquiátrica	
Servicios de rehabilitación ambulatorios* Pagamos la terapia física, ocupacional y del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatoria en departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) y otras instalaciones.	\$0
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • detección y asesoría sobre el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • asesoría grupal o individual por parte de un médico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de tratamiento de alcohol o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con Naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria* Pagamos cirugías ambulatorias y servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si le realizarán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.	\$0
Productos de venta libre (OTC) CenCal CareConnect ofrece un beneficio complementario que proporciona una asignación para la compra de ciertos artículos de venta libre (OTC). Se proporciona una asignación de \$90 trimestralmente. Los montos no utilizados por trimestre (tres meses) no se trasladan al trimestre siguiente.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados Paliativos* Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporciona atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son de hospicio, por lo tanto, no es necesario tener una expectativa de vida de seis meses o menos para calificar para recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se brindan al mismo tiempo que los cuidados curativos o regulares. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • planificación anticipada de la atención • evaluación y consulta de cuidados paliativos • un plan de atención que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios médicos de salud mental y sociales • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de atención • control del dolor y de síntomas Es posible que no pueda recibir cuidados paliativos y de hospicio al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos de elegibilidad para recibir cuidados de hospicio, puede solicitar el cambio a cuidados de hospicio en cualquier momento.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento conductual (mental) activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario y es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que usted tenga que quedarse en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) que se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital, en un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT, consejero profesional autorizado, pero es menos intenso que la hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio hospitalario.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio médico* Pagamos los siguientes servicios: • servicios de cuidado de salud o cirugía médicamente necesarios proporcionados en lugares como: ○ consultorio médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios del hospital ○ cualquier otra ubicación • consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente sin importar su ubicación • servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ tuvo una visita en persona en los 6 meses previos a su primera visita de telesalud ○ tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0
--	--	-----

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio médico (continuación) • servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ 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 da lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas ni a la cita más próxima disponible • Evaluación del video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas ni a la cita más próxima disponible • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	

? **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología* Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como diabetes	\$0
 Proflaxis preexposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de proflaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA incluyendo el costo de la inyección del medicamento, si aplica. • Hasta ocho sesiones de asesoría individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.	\$0
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA)	\$0

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajustes o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministro de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar toda o parte de una parte externa del cuerpo facial que fue removida o dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • crema y pañales para la incontinencia Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar* Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave. Debe tener un pase para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que le brinda tratamiento para la COPD.	\$0
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de salud calificado solicita una y usted cumple una de estas condiciones: • Tiene un riesgo alto porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació de 1945 a 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de riesgo alto, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidado primario debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones de asesoría del comportamiento presencial de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios que no se incluyen aquí: • una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería especializada • terapia física, ocupacional y del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por un SNF • pruebas de laboratorio administradas por un SNF • radiografías y otros servicios de radiología que brindan los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de un médico o practicante médico Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0
--	--	-----



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, la atención de un SNF se obtiene en centros de la red. Bajo ciertas condiciones, es posible que pueda recibir cuidado de salud en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería); • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que sale del hospital	
 Dejar de fumar y consumir tabaco La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta en base ambulatoria e internada en un hospital para aquellas personas que cumplan estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • son competentes y están alerta durante la asesoría • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda la asesoría Cubrimos dos intentos de 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 usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* Pagamos la terapia de ejercicio supervisada (supervised exercise therapy, SET) para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD) que tengan una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario El programa SET debe ser: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico • administrado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico (physician assistant, PA), o enfermero de práctica avanzada (nurse practitioner, NP) o enfermero clínico especialista capacitado (clinical nurse specialist, CNS) en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: transporte médico que no es de emergencia* Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir: ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas, servicios de transporte médico y coordinación con transporte para personas con discapacidad. Las formas de transporte se autorizan cuando: • Su proveedor médico determina que su afección médica 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 deberá llamar a Ventura Transit System o su plan para programar un viaje. Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para citas de rutina no urgentes, llame a Ventura Transit System al 1-855-659-4600 o a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861. Llame al menos 48 horas antes de su cita para una silla de ruedas y 72 horas antes de su cita para una camilla. Para citas urgentes, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de CenCal CareConnect cuando llame.	\$0



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: transporte no médico* Este beneficio permite el transporte a servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado. Se requiere transporte para obtener el cuidado de salud necesario cubierto por Medi-Cal, incluido el viaje a citas dentales y recoger medicamentos. El transporte para servicios cubiertos dualmente por Medi-Cal y Medicare está cubierto. Para solicitar un viaje para obtener servicios, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 o al Ventura Transit System al 1-855-659-4600 al menos cinco días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita, o tan pronto como pueda si tiene una cita urgente. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de CenCal CareConnect cuando llame.	\$0
Atención necesaria con urgencia La atención de urgencia es la atención que se administra para tratar: • una situación no urgente que requiere cuidado de salud inmediato, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que necesita atención inmediata. Si necesita cuidado de salud urgente, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, debido a la hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una afección no detectada, pero no es una emergencia médica). Esta cobertura es dentro de los EE. UU. y sus territorios, y es para cuando su afección médica necesita atención de inmediato.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista Pagamos los siguientes servicios: • un examen de la vista de rutina al año, y • los miembros elegibles tendrán una asignación de \$400 cada dos años calendario para anteojos (armazones y lentes), lentes de contacto, además de la cobertura de Medi-Cal. Pagamos servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con riesgo alto de glaucoma, pagamos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos que tienen 50 años y más • hispanoamericanos que tienen 65 años y más Para las personas con diabetes, pagamos la detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No es posible obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no se obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía.	\$0

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos la visita única preventiva de “Bienvenida a Medicare” La visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes y vacunas (o inmunizaciones)), y • pases para otra atención, si la necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare.”	\$0

E. Apoyos comunitarios

Usted puede recibir apoyo bajo su Plan de Atención Individualizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos, médicamente apropiados y rentables para quienes están cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Esos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe de Medi-Cal.

Los servicios de apoyos comunitarios incluyen lo siguiente:

Los Servicios de **Remediación del Asma** son cambios que se realizan en un hogar para mantener a alguien saludable y seguro o ayudarle a vivir allí con mayor facilidad. Sin estos cambios, los ataques de asma son más probables y podrían dar lugar a visitas al hospital. Los servicios de remediación del asma brindan: fundas especiales para colchones y almohadas que mantienen alejados los alérgenos; aspiradoras con filtros especiales que atrapan partículas diminutas; servicios para eliminar plagas, como insectos, de manera segura; máquinas que eliminan la humedad del aire y limpieza de pequeñas cantidades de moho.

Los Servicios de **Transición Comunitaria/Transición de un Centro de Enfermería a un Hogar** son servicios para miembros que están en un hogar para personas mayores o en un centro de relevo médico durante más de 60 días y desean volver a casa en lugar de quedarse allí. El miembro puede

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

vivir seguro en su hogar con la ayuda adecuada. Los Servicios de Transición Comunitaria brindan: ayuda para descubrir qué tipo de hogar necesita el miembro y mostrarle opciones; hablar con el propietario si es necesario y ayuda con la mudanza; programar el transporte para viajes que no sean de emergencia para ayudar al miembro a moverse fácilmente antes y el día de la mudanza, y ayuda para identificar y financiar cambios en el hogar para que sea más fácil para el miembro vivir solo.

La **Habilitación Diurna** ayuda a los miembros que anterior o actualmente se encuentran sin hogar con capacitación y ayuda para desarrollar o mejorar las habilidades que necesitan para vivir con éxito en su entorno. Las capacitaciones de habilitación diurna incluyen, entre otras: cómo usar el transporte público, habilidades de resolución de conflictos, cocinar, limpiar y comprar.

Las **Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (modificaciones del hogar)** son servicios que ayudan con los cambios en el hogar para mantener a una persona saludable, segura e independiente en su hogar. Estos cambios ayudan a que las personas eviten lugares como hogares para personas mayores. Los servicios de modificaciones en el hogar incluyen: construcción de rampas e instalación de barras de apoyo para ayudar a los Miembros a ingresar a sus hogares; ensanchar las puertas para los Miembros que usan sillas de ruedas; instalar elevadores para escaleras; cambiar los baños y las regaderas para que sean accesibles para sillas de ruedas, como tener una regadera adaptada para sillas de ruedas; instalar sistemas eléctricos y de plomería especiales para equipos médicos, y configurar un Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (Personal Emergency Response System, PERS) para los miembros que con frecuencia están solos y necesitan ayuda rápidamente.

Los **Depósitos de Vivienda** ayudan a los miembros que experimentan falta de vivienda o están en riesgo de quedarse sin vivienda a encontrar o pagar servicios únicos que necesitan para su espacio vital. Esto incluye cosas como depósitos de seguridad para alquilar un apartamento o una casa; tarifas de instalación de servicios públicos y facturas del primer mes (gas, teléfono, electricidad, calefacción, agua, etc.); servicios necesarios para que el espacio sea seguro, si es necesario (como control de plagas y limpieza única); y artículos como aire acondicionado y calefacción, y otros suministros médicamente necesarios (camas de hospital, elevadores Hoyer, filtros de aire u otros) que no estén cubiertos bajo otros beneficios tal como el de equipo médico duradero.

Los Servicios de **Arrendamiento y mantenimiento de vivienda** ayudan a los miembros que están en riesgo de perder su vivienda a conservarla y asegurarse de que sea segura. Los servicios incluyen: ayudar a resolver problemas como atrasos en el alquiler, la acumulación, el consumo de sustancias y otras violaciones del contrato de arrendamiento; ofrecer educación sobre los derechos y responsabilidades de los miembros como inquilinos; asesoría sobre cómo los miembros pueden ser inquilinos exitosos; asesoría sobre habilidades para la vida independiente; trabajar en solucionar cualquier problema con el propietario; ayudar a resolver disputas con el propietario o los vecinos para evitar el desalojo; pases a recursos comunitarios para prevenir el desalojo; ayudar con las solicitudes



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

de otros beneficios; ayudar con el proceso anual de recertificación de vivienda; crear un plan de crisis y apoyo de vivienda personal, y brindar visitas de salud y seguridad.

Los Servicios de **Navegación para la Transición de Vivienda** ayudan a los miembros que experimentan falta de vivienda o están en riesgo de quedarse sin vivienda a obtener una vivienda. Esto incluye hablar sobre sus preferencias de vivienda y cualquier cosa que le impida tener una vivienda estable; crear un plan de apoyo personal; buscar opciones de vivienda y brindarle opciones, y ayudarlo con las solicitudes de vivienda

El Programa de **Comidas Médicamente Adaptadas/Alimentos de Apoyo Médico** está disponible para miembros con enfermedades crónicas u otras enfermedades graves con sensibilidad a la nutrición, resultando en mejores resultados de salud y reducción de costos innecesarios. El programa de Comidas Médicamente Adaptadas brinda a los miembros acceso a comidas médicamente apropiadas diseñadas por dietistas registrados. A los Miembros que califiquen se les proporcionarán dos comidas al día o 1 caja de alimentos a la semana entregadas en sus casas por hasta 12 semanas.

Los servicios de **cuidado personal y de ama de casa** están destinados a miembros que están recibiendo, en espera o a los que se le han negado los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). Este programa incluye Servicios de Apoyo en el Hogar y ayuda a los miembros a permanecer en sus hogares. Los servicios pueden ayudar con: comer y beber; usar el baño; preparación de comidas; cuidado de los intestinos y la vejiga; bañarse; compras de alimentos, y acompañamiento a citas médicas y de salud mental.

El Programa de **Atención Recuperativa (Recuperative Care Program, RCP)** es un servicio disponible para miembros que experimentan falta de vivienda y necesitan servicios y recursos médicos después del alta hospitalaria. La intención del RCP es mejorar los resultados de salud y disminuir el uso de salas de emergencia e instalaciones hospitalarias. Algunos de los servicios del RCP ofrecidos a los miembros son: alojamiento temporal, cuidado de salud, gestión de casos y apoyo para la autogestión.

Se brindan **Servicios de Relevo** a los cuidadores de los miembros. Los servicios se brindan a corto plazo si el cuidador debe ausentarse o necesita relevo. Los servicios de relevo brindan: limpieza sencilla, cocina, servicios de lavandería y descanso para los cuidadores.

Los **centros para sobriedad** ayudan a los miembros mayores de 18 años que están intoxicados en público (debido al alcohol u otras drogas). En lugar de ir a la sala de emergencias o a la cárcel, los miembros pueden ir a un lugar seguro diferente para mantenerse sobrios. Este programa está dirigido principalmente a Miembros que se encuentran sin hogar o que no tienen una situación de vida estable.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Se aplican algunas restricciones y limitaciones a los servicios de apoyos comunitarios. Para obtener más información sobre los apoyos comunitarios para los que puede calificar, llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 o visite www.cencalhealth.org.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) o llame a su proveedor de cuidado de salud.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa de Transiciones Comunitarias de California (California Community Transitions, CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi Cal, quienes han vivido en un centro para pacientes internos durante al menos 60 días consecutivos, a realizar la transición de regreso y permanecer de manera segura en un entorno comunitario. El programa CCT proporciona financiamiento de servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

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

Para los servicios de coordinación de la transición del CCT

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

Para los servicios no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios que se le proporcionan después de su transición. No paga nada por estos servicios.

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

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

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

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

F2. Medi-Cal Dental

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

Hay más información disponible en el sitio web SmileCalifornia.org website. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, sellantes y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- terapia de conducto radicular
- dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases

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 atención al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratis. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web smilecalifornia.org para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Angeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (Dental Managed Care, DMC). Si desea obtener más información sobre planes dentales de Medi-Cal o hacer cambios, comuníquese con Opciones de Cuidado de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1 800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos de DMC también están disponibles aquí:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx www.hpsm.org/dental

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa de IHSS le ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que le brinden para que pueda permanecer de manera segura en su propio hogar.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares para personas mayores o los centros de alojamiento y cuidado.

- Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar los IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado.
- Para obtener información en el condado de Santa Barbara, comuníquese con los IHSS de Servicios Sociales de Santa Barbara:
 - Oficina de Santa Barbara: 805-681-4550
 - Oficina de Santa Maria: 805-346-8303
 - Oficina de Lompoc: 805-737-6020
- Para obtener información en el Condado de San Luis Obispo, comuníquese con los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de los Servicios Sociales de San Luis Obispo:
 - Oficina de Atascadero: 805-461-6110
 - Oficina de Arroyo Grande: 805-474-2103

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

- La exención de vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno similar al hogar y comunitario o prevenir admisiones en centros de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de ubicación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW y al mismo tiempo recibir los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención de ALW para coordinar los servicios que recibe.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- La ALW actualmente solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW o llame a la Agencia de Coordinación de Atención de ALW o Instituto sobre el Envejecimiento al 415-750-4111.

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

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

- Existen dos exenciones 1915(c), la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) para californianos con discapacidades del desarrollo (Developmental Disabilities, DD) y la exención del programa de autodeterminación (Self-Determination Program, SDP) que proporciona servicios a las personas diagnosticadas con una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que el individuo cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en casa o en la comunidad en lugar de vivir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios.

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

- La exención de Alternativa Basada en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA) brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de ser internadas en un hogar para personas mayores o en una institución. Los servicios de administración de la atención son proporcionados por un equipo de administración de la atención multidisciplinario compuesto por un enfermero y un trabajador social. El equipo coordina los servicios del plan estatal y de exención (como servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y exención se proporcionan en la residencia comunitaria del participante. La residencia puede ser de propiedad privada, garantizada mediante un contrato de arrendamiento, o la residencia de un familiar del participante.
- Los miembros inscritos en la exención HCBA pueden permanecer inscritos en la exención HCBA y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la HCBA, o llame al 1-844-289-4682 para los Servicios Sociales del Condado de Santa Barbara o al 805-781-1600 para los Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo.

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) proporciona una administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como alternativa a la atención en un centro de enfermería o a la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante y formado por un enfermero registrado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y basados en la comunidad para personas con VIH que de otro modo podrían requerir servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el manejo de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud del comportamiento, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención del MCWP pueden permanecer inscritos en la exención del MCWP y, al mismo, tiempo recibir los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención del MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MCWP o llamar a la Línea de información sobre Adultos y Envejecimiento de California al 1-800-510-2020; o a los Servicios del Defensor General de Atención a Largo Plazo del Condado de Santa Barbara al 805-922-1236; o a los Servicios del Defensor General de Atención a Largo Plazo del Condado de San Luis Obispo (SLO) al 805-785-0132.

Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) brinda servicios de administración de atención social y de salud para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de Apoyo en el Hogar, el MSSP proporciona coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

proveedores de cuidado de salud y compra algunos servicios necesarios que de otra manera no están disponibles para prevenir o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser menor que el costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.

- Un equipo de profesionales de la salud y de servicios sociales proporciona a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud integral para determinar qué servicios son necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
 - administración de la atención
 - cuidado diurno para adultos
 - reparaciones pequeñas/mantenimiento del hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión de protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - asesoría y servicios terapéuticos
 - servicios de alimentos
 - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la exención del MSSP pueden permanecer inscritos en la exención del MSSP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP o puede llamar a la Línea de información sobre Adultos y Envejecimiento de California al 1-800-510-2020; o a los Servicios del Defensor General de Atención a Largo Plazo del Condado de Santa Barbara al 805-922-1236, o a los Servicios del Defensor General de Atención a Largo Plazo del Condado de San Luis Obispo (SLO) al 805-785-0132.

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

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

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple los requisitos para acceder a los servicios de salud mental especializados. 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 diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en caso de crisis
- servicios de estabilización en caso de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes internos con enfermedades psiquiátricas
- administración de casos específicos
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios del comportamiento terapéuticos
- cuidado tutelar terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos a domicilio
- reingreso con implicación de la justicia
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de casa club
- servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW) mejorados

Los servicios de Medicamentos de Medi-Cal (DMC) están disponibles para usted a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado si cumple los requisitos para recibir estos servicios. Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios para el manejo de síntomas por abstinencia
- programa de tratamiento de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios móviles de intervención en caso de crisis basados en la comunidad
- servicios de gestión de contingencia
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para miembros menores de 21 años)
- servicios para pacientes internos

Además de los servicios mencionados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación para pacientes internados voluntariamente si cumple los requisitos.

No se requiere autorización previa para los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD); sin embargo, es posible que se requiera un pase. Si cumple con los requisitos de necesidad médica para el tratamiento del SUD a través del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), CenCal



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

CareConnect le ayudará a vincular y coordinar su atención con la agencia del condado correspondiente, ya sea el Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Barbara o el Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de San Luis Obispo.

También puede comunicarse directamente con los condados para solicitar servicios:

- Línea de acceso del Condado de Santa Barbara: 1-888-868-1649
- Línea de acceso del Condado de San Luis Obispo: 1-800-838-1381
- Servicios para Miembros de CenCal Health: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711)

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

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

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

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección (ni en ningún otro lugar de este *Manual para Miembros*), excepto en las condiciones específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no los pagará. Si considera que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

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

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios,” según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos
- tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3 Sección J** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermería privada



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- artículos personales en su habitación de hospital o centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
- atención de enfermería a tiempo completo en su hogar
- tarifas cobradas por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- alimentos entregados a domicilio
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos para la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, de antienviejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tenga la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que sea simétrica
- atención quiropráctica, distinta de la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura
- cuidado rutinario de los pies, excepto como se describe en los servicios de podología en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras asistencias para baja visión
- reversión de los procedimientos de esterilización
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de costo compartido que le corresponden.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Son medicamentos que su proveedor le solicita y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* le informa cuánto debe pagar por estos medicamentos. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, incluyen medicamentos que le recetan mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro de cuidados de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3** “Está en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare.”

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

Generalmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otro médico que recete) que escriba su receta, que debe ser válida según la legislación estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le dio un pase para recibir atención.

El proveedor que le recete **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

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

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9 Sección G2** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o sustentado por ciertas referencias médicas. Es posible que el proveedor que recete pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. Según las reglas de Medi-Cal, el medicamento también debe ser “médicamente necesario.” Esto significa que es necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades graves o discapacidades o aliviar un dolor intenso. A veces, un medicamento se receta para un uso no aprobado por la FDA. Esto se llama “uso no indicado en la etiqueta.” Los usos no indicados en la etiqueta pueden cubrirse si están respaldados por referencias médicas y cumplen la regla de Medi-Cal sobre necesidad médica.

Es posible que su medicamento necesite aprobación de nuestro plan según ciertos requisitos antes de que los cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados	139
A1. Cómo surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red	139
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir un medicamento	139
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	139
A4. Qué hacer si su farmacia deja la red	140
A5. Cómo usar una farmacia especializada	140
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	140



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	143
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	143
A9. Reembolso de un medicamento recetado	144
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	144
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	144
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	145
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	146
B4. Niveles de costo compartido de la <i>Lista de medicamentos</i>	147
C. Límites sobre algunos medicamentos	148
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	150
D1. Cómo obtener un suministro temporal	150
D2. Cómo solicitar un suministro temporal	151
D3. Cómo solicitar una excepción	152
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	153
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	155
F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan	155
F2. En un centro de atención a largo plazo	156
F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare	156
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	156
G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura	156
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	157
G3. Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura	158



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

A1. Cómo surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados únicamente cuando se obtienen en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir un medicamento

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

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

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro o BIC consigo cuando surta su medicamento, solicite a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede solicitar a la farmacia que busque la información de inscripción a su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja. Luego, podrá solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos lo posible para ayudar.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento recetado, comuníquese con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir su medicamento, puede solicitar que un proveedor le haga una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si todavía quedan surtidos.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utiliza deja 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 proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

En ocasiones, los medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias de un proveedor de cuidado de salud para indígenas (IHCP) Los miembros indígenas estadounidenses y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un proveedor de cuidado de salud indígena (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si no es indígena estadounidense ni nativo de Alaska, aun así, podría recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica o en caso de emergencia.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir en raras ocasiones.)
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

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

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro del medicamento de al menos 30 días y para un máximo de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Surtido de medicamentos recetados por correo

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, visite nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect o comuníquese con la farmacia de pedidos por correo, Sortpak, al 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo llega en un plazo de 10 días.

Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si por alguna razón su pedido de medicamento del servicio de pedidos por correo se retrasa, puede obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red local. Debe comunicarse con su médico para solicitar una receta a corto plazo para cubrir el periodo hasta que llegue el medicamento que pidió por correo.

Para garantizar la entrega oportuna de los resurtidos de medicamentos recetados de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo al menos 14 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene disponibles.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para los medicamentos recetados nuevos que obtiene de usted, los medicamentos recetados que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos recetados a través de pedido por correo.

1. Recetas para medicamentos nuevos que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente los nuevos medicamentos recetados que obtiene de usted.

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

La farmacia surte y entrega automáticamente los nuevos medicamentos recetados cuando recibe recetas de los proveedores de cuidado de salud, sin consultar primero con usted, si:

- Ha utilizado servicios de pedidos por correo con nuestro plan en el pasado, o
- Usted se registra para la entrega automática de todos los nuevos medicamentos recetados que reciba directamente de sus proveedores de cuidado de salud. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos ahora o en cualquier momento



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

llamando a Sortpak al 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea y nadie se comunicó con usted antes de enviarlo para averiguar si lo quería, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento recetado nuevo, comuníquese con Sortpak al 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo o decide suspender el surtido automático de nuevos medicamentos recetados, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba un nuevo medicamento recetado de un proveedor de cuidado de salud para averiguar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con el nuevo medicamento recetado y evitar retrasos en el envío.

Para optar por no recibir envíos automáticos de medicamentos recetados nuevos que recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de salud, comuníquese con Sortpak al 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

3. Resurtido de medicamentos recetados a través de pedidos por correo

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de surtido automático a través de nuestro programa de pedidos por correo, Sortpak. Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automático cuando nuestros registros muestran que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada surtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o este cambió.
- Si elige no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Para cancelar su participación en nuestro programa de resurtido automático de pedidos por correo, comuníquese con Sortpak at 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico.

Informe a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes del envío. Llame a Sortpak at 1-877-570-7787 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico, para informarles cuál es la mejor manera de comunicarse con usted.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Atención de emergencia o urgencia: si necesita atención de inmediato y no hay una farmacia de la red disponible, cubriremos su medicamento recetado.
- Problemas de disponibilidad de medicamentos: si un medicamento cubierto de la Parte D (como un medicamento huérfano o especializado) no suele encontrarse en farmacias de la red accesibles, cubriremos el surtido fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Desastres federales o emergencias de salud pública: si es evacuado o desplazado de su hogar debido a una emergencia federal declarada y no puede acceder a una farmacia de la red, le brindaremos cobertura.
- Viajes dentro de los Estados Unidos: si está fuera del área de servicio y pierde o se queda sin su medicamento, o se enferma y no puede acudir a una farmacia de la red, cubriremos su medicamento recetado.
- Otras emergencias: si no puede acceder a una farmacia de la red por cualquier motivo durante una emergencia, cubriremos un suministro único de 30 días de su medicamento. Comuníquese primero con Servicios para Miembros para verificar si hay una farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso de un medicamento recetado

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si paga el costo total de su medicamento recetado que puede estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia pueda reembolsarle una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. Como alternativa, puede solicitar a Medi-Cal Rx que le reembolse 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 sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

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

Generalmente, cubrimos un medicamento en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por nuestro plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos 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 Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (Medi-Cal Beneficiary Identification Card, BIC) cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con un nombre registrado que es 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” podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*. Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (OTC).

Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.cencalhealth.org/careconnect. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- 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.
- 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 www.cencalhealth.org/careconnect/pharmacy-benefits/ para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener un estimado de lo que paga y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que pueden tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

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

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta médica para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación, se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un determinado medicamento para tratar su afección, incluso si no ha sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no autorizado.” Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para uso no autorizado.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

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

*Algunos productos 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 costo compartido 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 generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Aquí están los 6 niveles y lo que usted paga:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Éste es el nivel más bajo.
- Nivel 2: Genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: Medicamentos especializados: este es el nivel más alto.
- Nivel 6: Medicamentos de atención selecta

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, busque el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

C. Límites sobre algunos medicamentos

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

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamento. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; tableta frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que primero informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

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

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando, respectivamente, esté disponible una versión genérica o un biosimilar intercambiable

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

- Generalmente no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos indicó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el proveedor que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su medicamento recetado. Esto se llama autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los medicamentos. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect/pharmacy-benefits/ para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar primero otro medicamento

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

Si el medicamento A **no** funciona para usted, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect/pharmacy-benefits/ para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de cierto medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su medicamento recetado.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura en función de cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y no lo hayamos evaluado aún en términos de seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el proveedor que le recete podrían querer solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Debe estar en una de estas situaciones:

- Usted fue parte de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Este suministro temporal es por hasta 30 días.
- Si su receta médica es por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir el medicamento en una farmacia de la red.
- Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es por hasta 30 días.
 - Si su receta médica es por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir el medicamento en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidados a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal que se mencionó anteriormente.
 - Si tiene un cambio en el nivel de atención (por ejemplo, ingresa o sale de un centro de atención a largo plazo o un hospital), cubriremos un suministro temporal de 30 días de su medicamento. Si su receta médica es por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento.
 - En estos casos especiales cuando experimenta un cambio en el nivel de atención, cubriremos un suministro temporal de 30 días de su medicamento. Si su receta médica es por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro. Aquí están sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

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

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos 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 su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Cómo solicitar una excepción

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

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicite que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la forma que usted desea.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su proveedor que receta).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

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

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir si se requiere o no autorización previa para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

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

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que funciona tan bien como un medicamento que está actualmente en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- se retira del mercado un medicamento.

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

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

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en www.cencalhealth.org/careconnect o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

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

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que figura en la *Lista de medicamentos* actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento será menor. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que están fuera del mercado. A veces, se puede descubrir que un medicamento es inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Si recibe una de estas cartas, hable con su médico para encontrar un medicamento diferente que cubramos para su afección. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

Podríamos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) proporciona nuevas pautas o existen nuevas indicaciones clínicas sobre un medicamento.

Cuando se realicen estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite una recarga.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recetó el medicamento. Le pueden ayudar a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar, o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que se siga cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.

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

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no se describieron anteriormente y que no le afectan ahora. Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

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

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si lo internan en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que nuestro plan cubre, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No pagará ningún copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

F2. En un centro de atención a largo plazo

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

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

F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare

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

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados de hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, anti-náuseas, laxantes o ansiolíticos) que el centro no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, el médico que receta o su proveedor de cuidados de hospicio debe notificar al plan que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar la demora en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados de hospicio o a su médico que le receta que se asegure de que se nos haya notificado que el medicamento no está relacionado antes de solicitarle a una farmacia que le surta el medicamento recetado.

Si sale del centro de cuidados de hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que abandonó el centro de cuidados de hospicio.

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de forma segura

Cada vez que usted surte una receta médica, revisamos los posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- es posible que no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- podrían no ser seguros por su edad o género
- podrían ser dañinos si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que podría ser alérgico
- es posible que haya un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En esos casos, usted puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud realizará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener los máximos beneficios de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga con sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego, le darán:

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Es una buena idea hablar con el proveedor que le receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

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

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

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros.

G3. Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con los proveedores que le recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si decidimos que su uso de medicamentos recetados opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro al trabajar con los proveedores que le recetan, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que surta todas las recetas de esos medicamentos en una o varias farmacias determinadas
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de proveedores que recetan específicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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 decisión o la limitación, usted y el proveedor que le receta pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión.

Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*)

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- están recibiendo cuidados de hospicio, de hospicio o atención para el final de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

Introducción

En este capítulo, se explica cuánto paga por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por “medicamentos” nos referimos a:

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

Dado a que es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un folleto por separado, llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio para ingresos bajos” (Low Income Subsidy Rider, LIS) o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “cláusula adicional LIS.”

Ayuda adicional (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A la Ayuda adicional también se le llama “subsidio para bajos ingresos” o “LIS.”

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

Para obtener más información sobre medicamentos, puede consultar estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - Nosotros le llamamos “*Lista de medicamentos*.” Le indica:
 - los medicamentos que pagamos
 - en cuál de los seis niveles está el medicamento
 - si hay límites en los medicamentos



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por CenCal CareConnect. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos no cubre su plan.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de los medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un estimado de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5 Sección A** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La Explicación de beneficios (EOB).....	162
B. Cómo llevar un seguimiento de sus costos de medicamentos	163
B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en el resumen?	165
B2. ¿Qué pasa si hay un posible fraude?.....	165

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	165
C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido.....	166
C2. Su elección de farmacia	166
C3. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	167
C4. Lo que usted paga	167
D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial	173
D1. Su elección de farmacia	173
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	174
D3. Lo que usted paga	174
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	179
E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica.....	179
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo	179
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	180
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	180
G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare.....	180

A. La Explicación de beneficios (EOB)

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

- Sus **gastos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda adicional (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).

- Sus **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

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

Ofrecemos cobertura de los medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de gastos de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medicalex.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un seguimiento de sus costos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Aquí es cómo puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta un medicamento. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Puede enviar los recibos de medicamentos cubiertos que usted pagó a:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

A continuación, incluimos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos:

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

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hagan por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, ADAP) para el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se cuentan para sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para una cobertura catastrófica. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare por el resto del año.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

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

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos?
¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en el resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en la EOB, llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.cencalhealth.org/careconnect.

B2. ¿Qué pasa si hay un posible fraude?

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

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

Si cree que algo está mal o hace falta, o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Guarde las EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. La cantidad que usted paga por cada medicamento recetado depende de su nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) y la etapa en la que se encuentre cuando obtiene o vuelve a surtir un medicamento. Estas son las dos etapas:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Esta etapa comienza cuando haya pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- Los medicamentos de nivel 1 tienen un copago bajo. Son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen un copago medio. Son medicamentos genéricos. Paga hasta el 25 % por un suministro de un mes, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca preferida. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca no preferida. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 5 tienen un copago más alto. Son medicamentos de nivel especializado. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 6 tienen un copago bajo. Son medicamentos de atención selecta. Paga hasta el 15 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.

Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help, subsidio para bajos ingresos), su costo real de los medicamentos rectados puede ser más bajo que el costo compartido estándar descrito anteriormente. Consulte las tablas de costo compartido a continuación para determinar sus costos aplicables.

C2. Su elección de farmacia

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

- una farmacia de la red, o



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5 Sección A8** de este *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no se cubrirá. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5 Sección A** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el

Capítulo 5 Sección A7 de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Es posible que tenga que pagar un copago al surtir un medicamento recetado. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuál es su copago por los medicamentos cubiertos.

La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos 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 Atención al Cliente de Medi-Cal al 1-800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros para conocer los detalles</i>
Costo Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	un mes o hasta 100 días	un suministro un mes o hasta 100 días	suministro para hasta 31 días	suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros para conocer los detalles</i>
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos preferidos)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros para conocer los detalles</i>
Costo compartido Nivel 3 (De marca preferida)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Máximo de \$35 (por suministro de insulina para 30 días) 100 días: 25 % de coseguro Hasta \$105 por un suministro de insulina para 100 días Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Máximo de \$35 (por suministro de insulina para 30 días) 100 días: 25 % de coseguro Hasta \$105 por un suministro de insulina para 100 días Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Máximo de \$35 insulina Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Máximo de \$35 insulina Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros para conocer los detalles</i>
Costo Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros para conocer los detalles</i>
Costo Nivel 5 (Nivel de especialidad)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Suministro a largo plazo no disponible Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0
Costo Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 15 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Nota: Los copagos de los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda adicional (Extra Help) que reciba.

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

D. Etapa 1: 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 llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y dónde lo obtenga.

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

- Los medicamentos de nivel 1 tienen costo compartido bajo. Son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen un copago medio. Son medicamentos genéricos. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento un suministro de un mes, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca preferida. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca no preferida. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 5 tienen un copago más alto. Son medicamentos de nivel especializado. Paga hasta el 25 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 6 tienen un copago bajo. Son medicamentos de atención selecta. Paga hasta el 15 % del precio del medicamento, dependiendo de sus ingresos.

Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help, subsidio para bajos ingresos), su costo real de los medicamentos rectados puede ser más bajo que el costo compartido estándar descrito anteriormente. Consulte las tablas de costo compartido a continuación para determinar sus costos aplicables.

D1. Su elección de farmacia

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- una farmacia minorista de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5 Sección A8** de este *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que tenga que pagar un copago cada vez que surta un medicamento. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuál es su copago por los medicamentos cubiertos.

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



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para Miembros para conocer los detalles
Costo Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos preferidos)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para Miembros para conocer los detalles
Costo compartido Nivel 3 (De marca preferida)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Máximo de \$35 (por suministro de insulina para 30 días) 100 días: 25 % de coseguro Hasta \$105 por un suministro de insulina para 100 días Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Máximo de \$35 (por suministro de insulina para 30 días) 100 días: 25 % de coseguro Hasta \$105 por un suministro de insulina para 100 días Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Máximo de \$35 insulina Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Máximo de \$35 insulina Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para Miembros para conocer los detalles
Costo Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0
Costo Nivel 5 (Nivel de especialidad)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro Suministro a largo plazo no disponible Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

	Una farmacia de pharmacy la red un mes o hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo de Nuestro plan un suministro un mes o hasta 100 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red suministro para hasta 14 días La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para Miembros para conocer los detalles
Costo Nivel 6 (Medicamentos de atención selecta)	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 1 mes: 25 % de coseguro 100 días: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 25 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0	Costo compartido estándar: 15 % de coseguro Con Ayuda adicional (Extra Help): Todos los niveles de LIS: \$0

Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help), su costo compartido por medicamentos recetados cubiertos por Parte D es de \$0, siempre y cuando usted siga calificando para Ayuda Adicional (Extra Help) y siga las reglas de cobertura del plan.

Si ya no califica para Ayuda Adicional (Extra Help), la cantidad que usted paga por medicamentos recetados cubiertos por Parte D puede cambiar. Si pierde sus beneficios de Medi-Cal mientras sigue inscrito en nuestro plan, su costo compartido dependerá del nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que recibe. Es posible que pague \$0, un copago fijo de \$1.65, \$5.00, o 15% o 25% de coseguro, dependiendo de su elegibilidad para Ayuda Adicional (Extra Help).

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

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,400. En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta el fin del año.

Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,400. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,400 para sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

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

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

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos

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

- Aquí hay un ejemplo: supongamos que el costo compartido de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de 25 % de coseguro. Si recibe un suministro del medicamento para menos de un mes, nosotros calculamos su costo compartido en base al número de días para los que recibió el medicamento. Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help), su costo compartido por medicamentos recetados cubiertos por Parte D es \$0, según está descrito en las tablas de costo compartido de medicamentos que se encuentran anteriormente en este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- El costo compartido diario permite que se asegure de que un medicamento funcione para usted antes de pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarle a:
 - Planificar mejor cuándo surtirá sus medicamentos
 - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma para hacer 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 la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener los detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

1. La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, su médico podría administrarle la vacuna en forma de inyección.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

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

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al utilizar farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

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

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra lo que le vacunarán).



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4 Sección D** de este *Manual para Miembros*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** recomienda una vacuna para adultos, entonces la vacuna no le costará nada.

A continuación, se indican tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y su inyección en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.
2. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y su médico le aplica la inyección.
 - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le apliquen la inyección.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrarle la vacuna.

Todas las vacunas para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) están cubiertas sin costo para usted, incluida la vacuna y su administración, independientemente de dónde la reciba.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos	182
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	186
C. Decisiones de cobertura	187
D. Apelaciones.....	188

A. Cómo solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red tienen la obligación de facturarle sus servicios y medicamentos cubiertos al plan después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de CenCal CareConnect le facturen estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total del cuidado de salud o de los medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, tiene derecho a que le reembolsen el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect

- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para un reembolso (devolución del dinero) si cumple todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que tenemos la responsabilidad de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por CenCal CareConnect.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de CenCal CareConnect.
 - Usted solicita que se le reembolse dentro del año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporciona la evidencia 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 CenCal CareConnect. No necesita cumplir 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 que antes lo aprueben (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere que lo aprueben antes (autorización previa), debe proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- CenCal CareConnect le informará si le reembolsarán el dinero a través de una carta llamada Notificación de acción. Si cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe reembolsarle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a reembolsarle, CenCal CareConnect le reembolsará el monto total que pagó. Le reembolsaremos dentro de los 45 días hábiles después de recibir la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, CenCal CareConnect le reembolsará, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal de tarifa por servicio (FFS). CenCal CareConnect le reembolsará el monto total de gastos de bolsillo por los servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita brindar a proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple alguna de las condiciones anteriores, no le reembolsaremos el dinero.
- No le reembolsaremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por CenCal CareConnect.
 - Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que de todas formas quería que lo atendieran y que usted mismo pagaría los servicios.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea informarnos sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Algunos ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió incluyen:

1. Cuando recibe cuidado de salud de emergencia o de urgencia necesario de un proveedor fuera de la red

Pida al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si es necesario pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio de Medicare, calcularemos cuánto debe 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 identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de su parte de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de la página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando recibe servicios que nosotros cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de ese monto. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted sigue sin tener que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por un monto que considere es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

- Si fue inscrito retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

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

- Solo en unos pocos casos cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5 Sección A8** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que nosotros pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total del medicamento recetado de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total del medicamento recetado 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 puede tener un requisito o restricción que usted no conoce o cree que no se aplica a usted. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que le receta medicamentos creen que necesita el medicamento de inmediato (en 24 horas), puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro proveedor que le receta medicamentos para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9 Sección G** de este *Manual para Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de pago que haya realizado por servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos su información dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Para asegurarse de nos envíe toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.cencalhealth.org/careconnect) o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitarlo.

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

CenCal CareConnect
ATTN: Member Services
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110

También puede llamarnos para solicitar el pago. Llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). Para los reclamos de farmacia, envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

Para un reclamo de farmacia, llame a MedImpact al 1-833-726-0676, las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero que usted deberá pagar, si corresponde.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo por él. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

que pagó es más alto que el precio que negociamos). Si usted aún no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

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

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9 Sección E**.

D. Apelaciones

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

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*:

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de cuidado de salud, consulte la **Sección F5**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso del precio de un medicamento, consulte la **Sección G4**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	190
B. Nuestra responsabilidad para que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	191
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	192
C1. Cómo protegemos su PHI	193
C2. Su derecho a consultar sus registros médicos	193
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	193
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	195
F. Su derecho a abandonar nuestro plan.....	195
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud	195
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones.....	195
G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismo.....	196
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	197
H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones ...	198
H1. What to do about unfair treatment or to get more information about your rights	198
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	198



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le presten de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para las personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellas con antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español 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:

CenCal CareConnect
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110

- Para realizar una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos al inglés o en un formato alternativo, llame a los Servicios para Miembros de CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).
 - CenCal CareConnect mantendrá su información como una solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones, para que usted no necesite realizar una solicitud por separado cada vez.
 - Para realizar cambios en una solicitud permanente de su idioma o formato preferido, llame a Servicios para Miembros.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal (Medi-Cal Office of Civil Rights) al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3 Sección D** de este *Manual para Miembros*.
 - Llame a Servicios para Miembros o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener un pase. Un pase es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas esperas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3 Sección D4** de este *Manual para Miembr.*
- Cuando se une por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales por hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre cuidado de salud con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

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

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

Usted tiene derechos sobre su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad.”

Los miembros que aceptan recibir servicios confidenciales no necesitan obtener la autorización de otro miembro para recibir dichos servicios ni presentar un reclamo para servicios confidenciales. CenCal CareConnect dirigirá las comunicaciones sobre servicios confidenciales a la dirección postal alternativa designada del miembro, su dirección de correo electrónico o su número de teléfono o, a falta de una designación, a nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono registrado. CenCal CareConnect no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. CenCal CareConnect atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y formato solicitados, si es fácilmente producible en la forma y formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Puede solicitar comunicaciones confidenciales de acuerdo con la sección 56.107(b) del Código Civil enviando su solicitud a:

CenCal Health
Attn: Privacy Officer
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Teléfono: 1-877-814-1861

Fax: 805-681-8279

Correo electrónico: privacy@cencalhealth.org

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no entregamos su PHI a nadie que no sea quien le brinda o paga por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

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

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar PHI si un tribunal lo ordena, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de conformidad con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a revisar sus registros médicos y a obtener una copia de estos.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben realizar cambios.
- Tiene derecho a saber de qué manera y si compartimos su PHI con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

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

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Sobre nuestro plan, incluido:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones de los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Sobre nuestros proveedores y farmacias de la red, incluido:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de cuidado primario
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Sobre los servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*), lo que incluye solicitarnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que hayamos tomado
 - paguemos una factura que haya recibido



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

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

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

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

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

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

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

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

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

- **Saber cuáles son sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tienes derecho a que le informen cualquier riesgo que exista. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que normalmente no cubrimos.** A esto se le llama decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este *Manual para Miembros* se le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase si no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado de salud por sí mismas. Antes de que eso pase, usted puede:

- Completar un formulario por escrito **otorgando a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado de salud por usted** si no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Brindar instrucciones por escrito a su** médico sobre cómo manejar su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucciones anticipadas.”

Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial para cuidado de salud.

No es obligatorio tener instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar las instrucciones anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su PCP que le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. Es posible que quiera dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia de las mismas al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo lleva con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Hacer que incluyan sus instrucciones anticipadas en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Obtener información sobre los cambios a las leyes sobre instrucciones anticipadas. CenCal CareConnect le avisará sobre los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Por ley, nadie puede negarle cuidado de salud ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no instrucciones anticipadas. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante:

- California Department of Public Health, Center for Health Care Quality – Licensing and Certification, PO Box 997377, MS 0513, Sacramento, CA 95899; Teléfono 916-440-7360; Fax: 916-324-4820; www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/CalHealthFind/Pages/Complaint.aspx
- Medical Board of California, ATTN: Central Complaint Unit, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815-5401; Teléfono: 1-800-633-2322; Fax: 916-263-2435, www.mbc.ca.gov/Consumers/file-a-complaint/



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

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

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

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

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

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

- Servicios para Miembros.
- El Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 800-434-0222. Para obtener más información sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2 Sección C**.
- El Defensor General de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2 Sección H** de este *Manual para Miembros*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar los “Derechos y protecciones de Medicare,” que se encuentran en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se mencionan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual para Miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*. Esos capítulos le indican lo qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto debe pagar.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de salud a proporcionarle la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Pregunte cualquier duda que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención**, lo que incluye completar una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Sea considerado**. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CenCal CareConnect, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Para algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago. El **Capítulo 6** le dice cuánto debe pagar por sus medicamentos.
- **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9 Sección G** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1 Sección D** de este *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si se mudará fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria, RRB).**
- **Díganos si tiene un número de teléfono nuevo** o cuál es la mejor manera de contactarlo.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o queja sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no cubriría.
- No está de acuerdo con una decisión sobre su atención que tomó nuestro plan.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los servicios de un Centro de Enfermería (NF).

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

Debe recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su cuidado de salud, puede llamar al Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Defensor General para que le ayude a resolver su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2 Sección H** de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud	203
A1. Acerca de los términos legales.....	203
B. Dónde obtener ayuda.....	204
B1. Para obtener más información y ayuda	204



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	205
D. Problemas con sus beneficios	205
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	206
E1. Decisiones de cobertura	206
E2. Apelaciones.....	207
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	207
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?.....	208
F. Cuidado de salud.....	208
F1. Cómo usar esta sección	208
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	209
F3. Presentar una Apelación de Nivel 1	212
F4. Presentar una Apelación de Nivel 2	215
F5. Problemas de pago	220
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	221
G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare.....	221
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare.....	223
G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción.....	225
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	226
G5. Presentar una Apelación de Nivel 1.....	228
G6. Presentar una Apelación de Nivel 2.....	230
H. Como solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	232
H1. Conozca sus derechos de Medicare.....	233
H2. Presentar una Apelación de Nivel 2.....	234



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

H3. Presentar una Apelación de Nivel 2	236
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	237
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	237
I2. Presentar una Apelación de Nivel 1	237
I3. Presentar una Apelación de Nivel 2	239
J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2	240
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	240
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	241
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	241
K. Cómo presentar una queja.....	243
K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas	243
K2. Quejas internas.....	245
K3. Quejas externas.....	246

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización,” “determinación de beneficios,” “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (Independent Review Organization, IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces resulta confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) para obtener ayuda con resolver un problema o contestar sus preguntas.

Ayuda del Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud

Puede llamar al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222. También puede consultar su sitio web en cahealthadvocates.org/hicap. Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con su problema. El HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal

Puede llamar al Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal y hablar con un defensor acerca de sus preguntas sobre cobertura de salud. Quizás puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Programa del Defensor General no está conectado 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.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas para 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 Cuidado de Salud de California

El Defensor General de Atención Administrada de Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California (Department of Health Care Services, DHCS) puede ayudar. Ellos pueden ayudarle si tiene problemas con unirse, cambiar o dejar un plan de salud. También pueden ayudar si se ha mudado o se le está dificultando transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor General de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p. m. al 1-888-452-8609.

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

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. A esto a veces se llama “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si cierto cuidado de salud (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago del cuidado de salud.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones.”	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja.”

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado de salud (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como cuidado de salud. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para temas tales como saber si algo está cubierto o no y la manera en la cual algo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. 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 en específico o si podemos negarnos a brindarle el cuidado de salud que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

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

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original son los que manejan su apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** a los números que aparecen al final de la página.
- **Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal** al 1-855-501-3077.
- **Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o un miembro de la familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado de la asociación de la barra de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.
 - Solicite un abogado para asistencia legal al Programa del Defensor General de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario de “Designación de representante.” También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/health-plans/careconnect/cencal-careconnect-materials. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles de cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado de salud”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de salud domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral [CORF].)

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.

F. Cuidado de salud

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para cuidado de salud o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía en el hospital más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado de salud que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hagan, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare se diferencian de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

En esta sección, se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos el cuidado de salud que necesita, pero no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado de salud que su médico u otro proveedor de cuidado de salud desea proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Obtuvo cuidado de salud que cree que cubrimos, pero no lo pagamos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó el cuidado de salud que creía que cubríamos y ahora quiere que le reembolsemos.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Reducimos o suspendimos su cobertura para cierto cuidado de salud y cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el cuidado de salud. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, cuidado de salud domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H2** o la **Sección I2** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para cierto cuidado de salud, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

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

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

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado de salud, se **denomina determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- llame al: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).
- envíe un fax al: 805-681-3009.
- escriba a: CenCal CareConnect, 4050 Calle Real, Santa Barbara, CA 93110.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos.” Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **7 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de que recibamos su **solicitud para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un servicio o artículo médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si pedimos más tiempo o si necesitamos más información que pueda serle de beneficio a usted (tal como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tomamos más días para tomar una decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomar más días si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no debemos** tomar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando presente una queja rápida, nosotros damos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. El proceso de presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre presentar una queja, incluyendo una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida de cobertura

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

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud que requiera una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión rápida de cobertura.” Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de:

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

Para un servicio o artículo médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si encontramos información que pueda serle de beneficio a usted (tal como registros médicos de proveedores fuera de



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

la red) o si usted necesita tiempo para hacernos llegar información para la revisión. Si tomamos más días para tomar una decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomar más días si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no debemos** tomar más días para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Para obtener más información sobre presentar una queja, incluyendo una queja rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

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

- Solicitar cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya tiene.
- El uso de plazos **estándar podría provocar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Le proporcionamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que se lo indique y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta le indica que:
 - Le brindamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos No a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que No, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si pide que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada a un artículo o servicio que hayamos negado, o para continuar un artículo o servicio que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). También puede presentar una apelación por escrito a CenCal CareConnect 4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110 o enviar un fax: 805-681-3009.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1 877 814-1861 (TTY: CA Relay al 711).

- Si su médico u otro proveedor que le receta medicamentos solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico realiza la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud, y
 - Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son cosas como que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Cuando presente la apelación, explique el motivo por el que la apelación demoró.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

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

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

Le proporcionamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que se lo indique y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta le indica que:
 - Le brindamos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 en los diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
- También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean la cuestión de su apelación) sin cambios.
- Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos nuevamente con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado de salud.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación, o antes, si su salud requiere una respuesta más rápida**. Si negamos una apelación rápida le daremos a usted, su médico, profesional que recetó o representante confirmación verbal de la negación.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces, la revisa una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una audiencia estatal se denomina Audiencia Estatal. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.
- **Si decimos Sí a parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si decimos No a parte o a la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación de cobertura por servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una audiencia estatal se denomina Audiencia Estatal. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la **Sección F4**, según corresponda.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos prestar dentro 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 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de siete días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si decimos que **No** a parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si decimos **No** a parte o a todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** normalmente cubre, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dice cómo hacer esto. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare y Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente recibirá una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la Apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento por el que apeló también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de Apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

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

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

El nombre formal de la **Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO)** es Entidad de Revisión Independiente, a veces llamada **IRE** (Independent Review Entity)

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que sea la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO revisan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** a partir de que reciban su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de siete días calendario** a partir de recibir su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y le explica las razones.

- **Si la IRO responde Sí a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión rápidamente:
 - autorizar la cobertura de cuidado de salud **dentro de 72 horas**, o
 - proporcionar el servicio **dentro de los cinco días hábiles** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
 - proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **en las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para solicitudes estándar, o
 - **en 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para solicitudes aceleradas.
- **Si la IRO responde que No a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado de salud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación.”



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.
- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
- Si su Apelación de Nivel 2 se rechaza y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J3** para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

(1) Audiencia estatal

Puede solicitar una audiencia estatal para servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor le solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos su Apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de la “carta de decisión de apelación.”

NOTA: Si solicita una audiencia estatal porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal está pendiente. Lea “Para obtener más información sobre si continuarán sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección F4**

Puede solicitar una audiencia estatal 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 diciéndole que llame más tarde. Si no puede hablar u oír bien, llame al TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Por escrito: Complete el formulario para Audiencia Estatal o escriba una carta. Envíela por correo o fax a:
- Correo:
California Department of Social Services



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

- Fax: (916) 309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0905
- Usted puede completar la “Solicitud de audiencia estatal” que encontrará en la parte de atrás del aviso de acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, Número de Seguro Social y/o número CIN, y la razón por la cual quiere una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a pedir una audiencia Estatal, incluya el nombre, dirección y número de teléfono de esa persona en el formulario o carta. Si necesita un intérprete infórmele que idioma habla a la División de Audiencias Estatales (State Hearings Division). No tendrá que pagar por un intérprete. La División de Audiencias Estatales (State Hearings Division) le conseguirá uno. Si tiene usted una discapacidad, La División de Audiencias Estatales (State Hearings Division) puede conseguirle adaptaciones especiales sin costo para usted para ayudar a que usted participe en la audiencia. Por favor incluya información sobre su discapacidad y las adaptaciones que necesita.

La División de Audiencias Estatales le entrega su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la División de Audiencias Estatales responde que **Sí** a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales responde que **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado de salud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación.”

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia Estatal es **No** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue presentada ante la **IRO**, puede apelar nuevamente únicamente si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador maneja una apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por servicios cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debería solicitar que pague es el copago por las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*. Describe situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo generalmente en 30 días calendario, y a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** 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 enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de salud dentro de 60 días calendario.

- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación.” Recibirá una carta explicando los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicare podría cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, usaremos “medicamento” en lugar de “medicamento de la Parte D de Medicare” siempre. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso de la **Sección E**.

Para que se cubra, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o sustentado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

A continuación, se muestran ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluido el solicitarnos:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no esté en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, o
 - Hacer a un lado una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le informa que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entrega un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**determinación de cobertura.**”

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita	Quiere solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos.)
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 la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción.” Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro proveedor que le receta el medicamento debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitar la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se llama solicitar una **“excepción al formulario.”**

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel.**

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor que le receta medicamentos pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos del *Nivel 4 (medicamento no preferido)*.
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Retirar una restricción de un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se llama “autorización previa (PA).”
 - Requerirle que pruebe un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. A esto a veces se le llama “terapia escalonada.”
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto de copago que se requiere.

- Nuestra *Lista de medicamentos* con frecuencia incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. A estos se les llama medicamentos “alternativos.”
- Si un medicamento alternativo para su afección médica tiene un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al mismo costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción

Su médico u otro proveedor que receta debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro proveedor que receta debe entregarnos una declaración explicando las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor que le recetó el medicamento cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* con frecuencia incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. A estos se les llama medicamentos “alternativos.” Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir Sí o No a su solicitud.

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor que recete) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información del reclamo.
- Usted, su médico (u otro proveedor que le receta medicamentos) o alguien más que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede pedir que un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro proveedor que le receta medicamentos para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso del precio de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo.” La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro proveedor que recete el medicamento para la solicitud de la excepción.
- Su médico u otro proveedor que le receta medicamentos puede enviarnos por fax o correo postal la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicite una “decisión rápida de cobertura.”

Usamos los “plazos estándar” a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos.”

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada.**”

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si:

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Es por un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro proveedor que le receta nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, revisaremos su solicitud según el cronograma de decisión rápida de cobertura. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico u otro proveedor que le receta, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta que le informará que utilizaremos la fecha límite estándar. La carta también le informará cómo presentar una apelación sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos el plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.

- Si no cumplimos el plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos el plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decidimos **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

G5. Presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.”

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor que recete) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son cosas como que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Cuando presente la apelación, explique el motivo por el que la apelación demoró.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite

www.cencalhealth.org/careconnect.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada.**”

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro proveedor que le receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro proveedor que le receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siete días calendario** posteriores a que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión dentro de siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de siete días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.

Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando decimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.”

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro proveedor que le recete deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede realizar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente del caso.” **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente del caso, llame al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare 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 salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si responden **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** posteriores a recibir 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:

- **dentro de los siete días calendario** posteriores a que reciban su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación de reembolso por un medicamento que compró.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Si la IRO dice **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación.”

Si la IRO responde **No** a su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO dice **No** a su Apelación de Nivel 2 y cumple el requisito para continuar el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J3** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

H. Como solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos y 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 para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También le ayudan a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que usted sale del hospital se llama “fecha del alta.”
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. En esta sección, le explicamos cómo solicitarla.

No obstante las apelaciones descritas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al Departamento de Cuidado de Salud Administrado (Department of Managed Health Care, DMHC) una revisión médica independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una revisión médica independiente. Puede solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso al hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.” Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son hospitalizadas.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** atentamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **únicamente** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepte la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde la copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización durante un tiempo más largo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos revisan y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1-877-588-1123. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2 Sección E**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede seguir en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 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.**”

Lo que sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería seguir después de la fecha de alta planificada. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta también explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado del alta.**” Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar una notificación de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

La QIO le dará su respuesta a su apelación en un plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesita.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios para pacientes internos cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Creen que la fecha del alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internos finalizará al mediodía del día siguiente a que la QIO responda a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO responda a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted sigue en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Presentar una Apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si sigue en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Los revisores de la QIO:

- Revisarán nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios para pacientes internos cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Le entregan una carta que le indica lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J3** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección es únicamente sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de salud domiciliaria
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o se recupera de una cirugía importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalicen. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que terminamos la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, le explicamos cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. A este se le llama “Aviso de no cobertura de Medicare.” El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para comprobar que lo recibió. Firmar el aviso únicamente demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que terminamos la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir plazos. Si cree que no



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2 Sección E** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan sobre si hay que cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación rápida.”** Pregúntele a la QIO si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare.**” Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Lo que pasa durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería seguir. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura.**”

- Los revisores proporcionan su decisión un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha que se indica en el aviso.
- Usted paga el costo completo de esta atención si decide seguir con el cuidado de salud domiciliario, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Presentar una Apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si sigue recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Los revisores de la QIO:

- Revisarán nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta que le indica lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J3** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones se rechazaron, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple un cierto monto mínimo en dólares, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar 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 ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos el derecho de apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

Si el consejo dice **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del tribunal de distrito federal revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del tribunal de distrito federal.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal cubre normalmente. La carta que reciba de la división de audiencias estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser la correcta para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas se rechazaron.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que reciba para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación terminó.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación terminó.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo dice **No** a su apelación o si rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del tribunal de distrito federal revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del tribunal de distrito federal.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se mencionan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado de salud	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de cuidado de salud o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están excluyendo de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia del idioma	- No puede acceder físicamente a los servicios y centros de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). - Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	Usted cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	- Cree que no le dimos un aviso o una carta que debió haber recibido. - Cree que la información escrita que le enviamos es muy difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	- Cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. - Usted piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. - Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y el plan la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por ella. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861.

El término legal para una “queja” es **“queja formal.”**

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal.”**

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que haya tenido el problema del que desea quejarse.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios para Miembros le dirá.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede presentar una queja “rápida” o queja “estándar.” Puede solicitar una queja “rápida” si tiene una amenaza inmediata y seria a su salud.
- Puede presentar una queja, también conocida como “queja formal,” verbalmente o por escrito con su plan en cualquier momento.
- Para quejas formales “estándar,” confirmaremos haberlas recibido por escrito dentro de 5 días calendario de haber recibido sus inquietudes. Es necesario que el plan conteste con una resolución a una queja formal estándar dentro de **30 días** y con una resolución a una queja formal “rápida” dentro de 24 horas.
- También puede presentar una queja de las siguientes maneras:

Teléfono: 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711)

Fax: 805-681-3009

Correo: CenCal Health, Attn: CenCal CareConnect Grievances and Appeals,
4050 Calle Real, Santa Barbara, CA 93310

En persona: 4050 Calle Real, Santa Barbara, CA 93310



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada.”

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y el tiempo estimado para obtener la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida,” automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o toda su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante CenCal CareConnect antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no aborda su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratis.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Defensor General de Cuidado de Salud Administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California (California Department of Health Care



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Services, DHCS) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llámenos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja relacionada con la accesibilidad para personas con discapacidad o la asistencia del idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 800 537-7697. Para obtener más información, puede visitar www.hhs.gov/ocr for more information.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en la siguiente dirección:

- Por teléfono: llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al 711 (Servicio de Relay de Telecomunicaciones).
- Por escrito: llene el formulario de queja o envíe una carta a:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Los formularios que cumplen los requisitos están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y según la legislación estatal aplicable. Puede comunicarse con la Oficina del Defensor General al 1-888-452-8609 o consultar el **Capítulo 2** del *Manual para Miembros*.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).
- Puede presentar su queja a la QIO y ante nuestro plan. Si usted presenta una queja ante la QIO, trabajaremos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de salud, que reciben financiamiento del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2 Sección E** de este *Manual para Miembros*.

En California, la QIO es llamada Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123.

 **Si tiene preguntas**, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 10: Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede dar de baja su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud una vez que deje nuestro plan. Si usted deja nuestro plan, seguirá estando en los programas Medicare y Medi-Cal siempre y cuando cumpla los requisitos de elegibilidad. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	250
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan	251
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	251
C1. Sus servicios de Medicare.....	252
C2. Sus servicios de Medi-Cal	255
D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que termine su membresía en nuestro plan	256
E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan.....	256
F. Reglas que prohíben solicitarle que deje nuestro plan por motivos relacionados con la salud.....	257
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	257
H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de la membresía de su plan	258



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare puede cancelar su membresía durante ciertos periodos del año. Dado que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para cancelar su membresía con nuestro plan incluyendo en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos del año:

- El **periodo de inscripción abierta** va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1º de enero.
- El **periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage (MA)** va del 1º de enero al 31 de marzo, y también aplica para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan, desde el mes en que adquiere el derecho a la cobertura de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tenga derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía al 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:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda adicional (Extra Help) cambió, o
- si recientemente se mudó, recibe atención actualmente o acaba de salir de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud para abandonar nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del próximo mes (en este ejemplo, el 1º de febrero).

Si decide dejar nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a:



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. El número para los usuarios de TTY también aparece en la parte inferior de esta página.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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 la oficina del HICAP más cercana a su domicilio, visite www.aging.ca.gov/HICAP.
- Opciones de Cuidado de Salud, llame al 1-844-580-7272 de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor General de Cuidado de Salud Administrado de Medi-Cal 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.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiando a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original, pero todavía no ha elegido un plan de medicamentos de Medicare independiente, debe solicitar la cancelación de la inscripción de nuestro plan. Existen dos maneras de solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede solicitárnoslo por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número en la parte inferior de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Si llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de Medicare una vez que abandone nuestro plan, consulte el cuadro en la siguiente página.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene diferentes opciones para acceder a los servicios de Medicare y Medi-Cal si decide cancelar nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para acceder a los servicios de Medicare que se mencionan a continuación, durante cualquier mes del año. Durante ciertos periodos del año, incluido el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage**, así como en otras situaciones descritas en la **Sección A**, tiene una opción adicional, que se indica a continuación. Al elegir una de estas opciones, su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente.

1. Puede cambiarse a: Un plan Medicare Medi-Cal (o plan Medi-Medi) es un tipo de plan de Medicare Advantage. Está dirigido a personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos programas en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal, así como el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) si usted reúne los requisitos. Nota: el término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) integrados en California.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1 800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para preguntas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1 800-434-0222 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar la oficina del HICAP más cercana a su domicilio, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal se modificará para que coincida con su plan Medi-Medi.
--	---

? Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado, y un plan de Medi-Cal.	Esto es lo que debe hacer: 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 Asesoría 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 la oficina del HICAP más cercana a su domicilio, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience a tener cobertura de Medicare Original. Usted seguirá inscrito en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
--	--



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

3. Puede cambiarse a:

Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene una razón válida para cancelar su inscripción

NOTA: si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podría inscribirle automáticamente en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea unirse.

Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos si cuenta con una cobertura similar a través de otra fuente, como su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Asesoría y Defensa de los Derechos 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 la oficina local del HICAP más cercana, visite.

Esto es lo que debe hacer:

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 Asesoría 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 la oficina del HICAP más cercana a su domicilio, visite www.aging.ca.gov/HICAP.

Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience a tener cobertura de Medicare Original.

Usted seguirá inscrito en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

4. Puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos periodos del año, incluido el periodo de inscripción abierta y el periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage, u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1 800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para preguntas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoría 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 la oficina del HICAP más cercana a su domicilio, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal podría cambiar.
---	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre cómo acceder a los servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, puede comunicarse con Opciones de Cuidado de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte cómo es que el unirse a otro plan o volver a Medicare Original afecta cómo obtiene su cobertura de Medi-Cal.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711).



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que transcurra un tiempo antes de que se cancele su membresía y comience a tener cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y cuidado de salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use a los proveedores de nuestra red para recibir cuidado de salud.
- Use nuestras farmacias de la red, incluido nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo, para obtener sus medicamentos recetados.
- Si usted es hospitalizado el mismo día en que finaliza su membresía en CenCal CareConnect, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto ocurrirá incluso si su nuevo seguro médico comienza a ser válido antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que se cancela su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si deja de cumplir los requisitos para calificar para Medi-Cal. Nuestro plan está dirigido a personas que califican para Medicare y Medi-Cal. Nota: si ya califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare. Consulte la siguiente información sobre el periodo de transición. Si no tiene cobertura de Medi-Cal a través de CenCal Health, cancelaremos su inscripción en CenCal CareConnect a partir del primer día del cuarto (4º) mes posterior a que termine su cobertura de Medi-Cal. Por ejemplo, si su Medi-Cal terminó el 1º de junio, cancelaremos su inscripción de CenCal CareConnect si su Medi-Cal no está activo para el 1º de septiembre. Si esto pasa, automáticamente será inscrito en Medicare Original.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para saber si se mudará o viajará a un lugar en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por cometer un delito.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga para medicamentos.
- Si no es ciudadano estadounidense, esté nacionalizado, o no es ciudadano pero es elegible.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Debe ser estar nacionalizado, o no ser ciudadano, pero ser elegible para nuestro plan.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos informan si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro en base a esto.
- Debemos cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

Si pierde su elegibilidad, pero espera poderla recuperar dentro de tres meses, seguiremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos de Medicare Medi-Cal. Durante este periodo, le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si no puede recuperar su elegibilidad para Medi-Cal dentro de tres meses, cancelaremos su inscripción en CenCal CareConnect. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal después de la cancelación de su inscripción, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos cancelar su cobertura de nuestro plan por las siguientes razones únicamente si primero tenemos la autorización de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente tiene un comportamiento problemático que dificulta que podamos prestar cuidado de salud a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir cuidado de salud. (Medicare podría solicitar a la Oficina del Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo.)

F. Reglas que prohíben solicitarle que deje nuestro plan por motivos relacionados con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o reclamo sobre nuestra decisión de



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de la membresía de su plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes.....	259
B. Aviso federal sobre no discriminación	259
C. Aviso sobre la política de no discriminación de Medi-Cal	260
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	261
E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio del programa Medi-Cal	262

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este *Manual para Miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales relacionadas con los programas Medicare y Medi-Cal. También se podrían aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso federal sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color de piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de incapacidad para obtener un seguro o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales antidiscriminatorias, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Asequible, así como cualquier otra ley aplicable a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que corresponda por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o si tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso sobre la política de no discriminación de Medi-Cal

No discriminamos ni lo tratamos diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color de piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de incapacidad para obtener un seguro o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas ilegalmente por motivos de ancestros, identificación a un grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o si tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Relay de Telecomunicaciones). Si considera que ha sido objeto de discriminación y desea presentar una queja formal por discriminación, puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o por vía electrónica:
 - Por teléfono: comuníquese con el Coordinador de Quejas Formales de Discriminación de CenCal Health llamando al 1-877-814-1861, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Pacífico, (TTY: CA Relay al 711).
 - Por escrito: llene el formulario de queja o escriba y envíe una carta a:

CenCal Health Discrimination Grievance Coordinator — Compliance Department
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110
 - En persona: visite el consultorio de su médico o las oficinas de CenCal Health en la dirección indicada anteriormente e indique su intención de presentar una queja formal.
 - Electrónicamente: visite el sitio web de CenCal Health en www.cencalhealth.org/careconnect.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Si su queja formal se refiere a discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud, por teléfono, por escrito o por correo electrónico:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al 711 (Servicio de Relay de Telecomunicaciones).
- Por escrito: llene el formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios o proveedores de cuidado de salud, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, alguien más debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tuvo un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, primero debe pagar el seguro o Compensación del Trabajador.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos en los casos en que Medicare no sea el primer pagador.

Cumplimos las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud que se brindan a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda otra cobertura de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura médica, 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 OHC de Medicare, y cubre los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio del programa Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso a los herederos de ciertos beneficiarios fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir del cumpleaños 55. El reembolso incluye las tarifas por servicio, las primas de los planes de atención administrada y los pagos por capitación por los servicios de centros de servicios de enfermería, los servicios domiciliarios y basados en la comunidad, así como los servicios hospitalarios y los medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el miembro estaba en un centro de enfermería o recibía servicios domiciliarios y basados en la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación a partir del patrimonio del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud en www.dhcs.ca.gov/services/estate-recovery-program/ o llame al 916-650-0590.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en este *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información que la que incluye la definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL): son las cosas que las personas realizan a diario, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal: persona que tiene derecho a la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado de Medicare y Medicaid también se le llama “persona con doble elegibilidad.”

Apelación: una forma de que usted impugne nuestra decisión si considera que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos una decisión sobre su cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9 de este *Manual para Miembros*, se le explica el procedimiento de apelación, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta a nuevos miembros si limita su membresía con base en el lugar donde la gente vive. En el caso de los planes que limitan cuáles médicos y hospitales puede usar, por lo general, se trata del área geográfica en la que se pueden recibir servicios médicos de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse a nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para la higiene personal (baño, uso del baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni prestan servicios de terapia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se proporcionan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de centro de enfermería especializada incluyen

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero titulado o médico pueden administrarle.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o si dejamos de pagar un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (Prior Authorization, PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o usar los servicios de un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene una autorización previa.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red únicamente si médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4 Sección D** de este *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que requieren PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de medicamentos cubiertos*, y las reglas están disponibles en nuestro sitio web.

Ayuda adicional (Extra Help): un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A la Ayuda adicional también se le llama “subsidio para bajos ingresos” o “LIS.”

Biosimilar: medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilares intercambiables”).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, porque cumple requisitos adicionales que permiten su sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la membresía: el proceso mediante el cual se pone fin a su membresía en nuestro plan. La cancelación de la membresía puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (sin decisión propia).

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Capacitación de competencia cultural: capacitación que ofrece instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de salud para ayudar a que puedan comprender mejor su origen, valores y creencias, y así adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que proporciona cirugía sin necesidad de hospitalización a pacientes que no requieren atención hospitalaria y que no se espera que necesiten cuidado de salud durante más de 24 horas.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): un centro de enfermería con el personal y equipo para brindar cuidados de enfermería especializados y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de enfermería: un centro que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Proporciona una amplia variedad de servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal responsable de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un organismo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: la persona que principalmente trabaja con usted, el plan de salud y los proveedores de atención para garantizar que reciba la atención que necesita.

Copago: un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costo compartido (cost-sharing): montos que debe pagar al obtener ciertos medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Costo compartido (share of cost): la parte de sus gastos de cuidado de salud que podría tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Cuidado de salud urgente: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección no prevista que no es una emergencia, pero requiere atención inmediata. Puede recibir cuidado de salud que se necesita de manera urgente de proveedores fuera de la red cuando, debido a su ubicación, el horario o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios médicamente necesarios inmediatamente para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Decisión sobre la cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9 Sección E** de este *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensor general: una oficina en su estado que actúa como su defensor. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del defensor general son gratuitos. Puede obtener más información en el **Capítulo 2 Sección P y Capítulo 9 Sección E3** de este *Manual para Miembros*.

Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (Department of Health Care Services, DHCS): el departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Determinación de la organización: nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura.” En el **Capítulo 9 Sección E** de este *Manual para Miembros*, se explican las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud, para ciertos grupos de personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica cuando usted, o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren cuidado de salud inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinario.”

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Equipo de atención multidisciplinaria (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que le ayudan a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos artículos que su médico le receta para su uso en el hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital recetadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andaderas.

Especialista: un médico que trata ciertos tipos de problemas de cuidado de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata los huesos rotos, un alergólogo trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesita un pase de su PCP para acudir a un especialista.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del programa de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los gastos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (o cualquier otra parte autorizada en su nombre) ha gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA): una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto, o para utilizarlo sin tener que cumplir ciertas reglas y limitaciones.

Facturación del saldo: la práctica donde un proveedor le factura al paciente la diferencia entre el total de los cargos facturados del proveedor y la cantidad que pagó el plan de salud del paciente.

Facturación incorrecta o inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra más de nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprenda. Como nosotros cubrimos el costo total de sus servicios, no tiene que pagar ninguna parte del costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: una farmacia (o tienda de medicamentos) que aceptó surtir medicamentos recetados a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados únicamente cuando se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se compran en farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Farmacias especializadas: consulte el **Capítulo 5 Sección A5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Fase de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,400. Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para personas de bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Gastos de bolsillo: la obligación del costo compartido que los miembros deben pagar por los servicios o medicamentos que obtienen, también llamado requisito de gasto “de bolsillo.” Consulte la definición de “costo compartido” anterior.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación para computadora en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica al afiliado sobre medicamentos y beneficios cubiertos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos que pueden usarse para tratar la misma afección que cierto medicamento y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio (hospice): un programa de atención y apoyo que ayuda a las personas con diagnóstico terminal a vivir con comodidad. Un diagnóstico terminal significa que una persona fue diagnosticada médicamente en fase terminal, lo que significa una esperanza de vida de seis meses o menos.

- El afiliado con diagnóstico terminal tiene derecho a elegir los cuidados de hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados se encarga de brindar atención integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de centros de cuidados de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada información de salud protegida) (Protected Health Information, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, historial de visitas al médico e historia

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

clínica. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos sobre la PHI.

Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Juez de derecho administrativo: un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) es un juez que se encarga de oír y decidir en los casos relacionados con agencias gubernamentales. Un juez que revisa apelaciones de Nivel 3.

Límites de cantidad: un límite sobre la cantidad de medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. A la *Lista de medicamentos* a veces se le denomina “formulario.”

Manejo de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas para personas que cumplen ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de cuidado de salud para revisar medicamentos. Consulte el **Capítulo 5 Sección G2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

Manual para Miembros e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa administrado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, así como los costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid del estado de California.

Medi-Cal: es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es financiado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos de servicios y apoyos de largo plazo, así como los costos médicos.
- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que Medicare no cubre.

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los gastos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medi-Cal.

Medicamento necesario: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención que le impida ingresar a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento fabricado y vendido por la empresa que lo desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de esos medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, generalmente, no están disponibles hasta que expira la patente del medicamento original.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para que se use en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: este término se refiere a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC), que están cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare.”

Medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta médica de un profesional de cuidado de salud.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud a través de Medicare Original o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA,” que ofrece planes de cobertura a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicios): el gobierno ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago de una cantidad determinada por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. El programa Medicare Original tiene dos partes: la Parte A de Medicare (seguro de hospitalización) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan): una persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Niveles de costo compartido: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* cubiertos (también conocida como *Lista de medicamentos*) está en uno de los seis niveles de copago. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos 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.

- Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.
- Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red únicamente si médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nuestra parte.

Organización de mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para supervisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2 Sección E** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO.

Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de

 **Si tiene preguntas,** llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Nivel 2. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse.

- Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de Revisión Independiente.

Paciente interno: un término que se usa cuando una persona es admitida en un hospital para recibir cuidado de salud especializado. Si no se le admite formalmente, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio, incluso si pasa la noche en el hospital.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de los servicios médicos necesarios, como hospitalización, centros de enfermería, atención domiciliaria y cuidados de hospicio.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare.”

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andaderas) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios de prevención y detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare.”

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA,” que permite a las compañías privadas de seguros médicos ofrecer beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare.”

Parte D de Medicare: el programa de beneficios para medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos como paciente ambulatorio, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare.”

Pase: un pase es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) o nuestra aprobación para ver a un proveedor que no es su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios.

No necesita un pase para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede obtener más información sobre los pases en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o plan de cuidado): un plan sobre los servicios que recibirá y cómo se le proporcionarán. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y programas de apoyo a largo plazo.

Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado.”

Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): plan de salud para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios de atención a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Plan Medi-Medi: un plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage. Está dirigido a personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos programas en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: planes que cubren únicamente los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como referencia para los fabricantes que desarrollan una versión biosimilar. También se le conoce como producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden ser copiados exactamente, por lo que sus versiones alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “producto biológico original” y “Biosimilar”).

Programa de administración de medicamentos (Drug management program, DMP): un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente.

Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): un programa que ofrece información y asesoría gratuita e imparcial sobre Medicare. El Capítulo 2 Sección C de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con HICAP.



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH o SIDA a acceder a los medicamentos que pueden salvar la vida para el tratamiento del VIH.

Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE): un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid para personas mayores de 55 años que requieren un mayor nivel de atención para poder vivir en su hogar.

Programa de pedidos por correo: algunos planes pueden ofrecer el programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro de hasta tres meses de sus medicamentos recetados enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma económica y práctica de obtener los medicamentos recetados que toma regularmente.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): un programa estructurado para el cambio de hábitos de salud que ofrece capacitación para cambios en la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los obstáculos que dificultan mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prostéticos y ortésicos: dispositivos médicos recetados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud, que incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello; prótesis de extremidades; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los productos para ostomía y dispositivos para nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor que usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y darle un pase.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario antes de ir con otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3 Sección D1** de este Manual para Miembros para obtener más información sobre cómo obtener atención de proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red: son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores quedan de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago completo. Nosotros hemos hecho los arreglos para que estos proveedores le ofrezcan servicios cubiertos a usted. Los proveedores de la red nos cobran directamente a nosotros la atención que le ofrecieron a usted. Cuando usa a un



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

proveedor de la red, normalmente usted no paga nada por los servicios cubiertos. “Proveedor” es el término general para referirnos a médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y atención. Este término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros centros que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está empleado, no es propiedad ni es operado por nuestro plan y no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3 Sección D4** de este *Manual para Miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedores: son médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y atención y tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros centros que ofrecen servicios de cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos LTSS.

Queja formal: una queja que usted formula sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado de salud o del servicio que ofrece su plan de salud.

Queja: una declaración escrita o verbal que expresa que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios o el cuidado de salud cubierto. Esto incluye cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal.”

Salud del comportamiento: se refiere al bienestar emocional, psicológico y social de una persona. En términos más sencillos: se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término que abarca todos los servicios relacionados con la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Servicios Basados en la Comunidad para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS): programa de servicios ambulatorios en centros de atención que ofrece cuidados de enfermería especializados, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, formación y apoyo a familiares o cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros elegibles que cumplan los requisitos.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios de cuidado de salud, servicios y apoyo a largo plazo, productos, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.”

Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS): el programa de IHSS le ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que le brinden para que pueda permanecer de manera segura en su propio hogar. Los IHSS son una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares para personas mayores o los centros de alojamiento y cuidado. Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales de los condados administran los IHSS.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internos, terapia física (ambulatoria), terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2 Sección A** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios preventivos: cuidado de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento tiene mayores probabilidades de funcionar mejor (por ejemplo, los servicios de prevención incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental y del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual, el aborto, el trastorno por consumo de sustancias, atención de afirmación de género y violencia doméstica.

Servicios y apoyo a largo plazo (Long-term services and supports, LTSS): los servicios y el apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica crónica. La mayoría de estos servicios están diseñados para ayudarle a quedarse en su hogar para que no tenga que



Si tiene preguntas, llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1o de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1o de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.cencalhealth.org/careconnect.

ingresar a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen los servicios basados en la comunidad para adultos (CBAS), también conocidos como centros de atención diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas IHSS y de exención del título 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se proporcionan fuera de nuestro plan.

Subsidio para personas con bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): consulte el término “Ayuda adicional.”

Tarifa diaria de costo compartido: una tarifa que podría aplicarse cuando su médico le receta una cantidad de medicamentos inferior a la de un mes completo y usted tiene la obligación de realizar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes.

Este es un ejemplo: vamos a decir que el copago por un suministro completo para un mes (30 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que usted paga por día por su medicamento es menos de \$0.05 al día multiplicado por siete días, para un pago total de menos de \$0.35.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que lo obliga a que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicitó.

Aviso de divulgación de la Ley para la Reducción de Trámites (PRA) De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA, por sus siglas en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850



4050 Calle Real, Santa Barbara CA 93110
www.cencalhealth.org/careconnect

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicios para Miembros de CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre. Para obtener más información, visite www.cencalhealth.org/careconnect.

Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para aquellas personas que no hablen inglés.