

Community Advantage Plus (HMO D-SNP), un *Manual para Participantes* del Plan Medicare Medi-Cal

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Su Cobertura de Salud y Medicamentos bajo Community Advantage Plus

Introducción al *Manual del Participante*

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

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

Cuando este *Manual del Participante* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Community Advantage Plus.

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 y/o audio, llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Nos esforzamos por garantizar que todos los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También queremos que usted conozca los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que pueda comprenderlos. Le informaremos sobre sus derechos cada año que permanezca en nuestro plan.

Para obtener información de forma que pueda entenderla, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a preguntas en distintos idiomas.

Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluidos español, árabe, tagalo, vietnamita, farsi, ruso y chino, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 o escriba a Community Advantage Plus, P.O. Box 174, Imperial, CA 92251.

Cuando se comunique con un Representante del Departamento de Servicio al Cliente, éste le preguntará qué idioma prefiere (si no es inglés) o si desea un formato alternativo. Esta información se guardará en su cuenta de participante como una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones. Si en el futuro decide cambiar esta

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

solicitud permanente por el idioma y/o formato preferido, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si su preferencia es recibir todos los materiales, todo el tiempo, en un idioma o en otro formato, llámenos al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística, Ayudas y Servicios Auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն Ձեր լեզվով, գանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263): Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլյան փաստաթղթերը և խոշոր տպագրությունները, նաև մատչելի են օգնություններ և ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263): Այս ծառայությունները անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

សូមប្រុងប្រយ័ត្ន:

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិម ឬសូមទូរស័ព្ទ

1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)។

ការជួយសម្រាប់មនុស្សជាតិការដូចជា

ឯកសារជាភាសាប្រែល និងឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ

ក៏អាចប្រើបានផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទ 1-888-484-1412 (TTY:

1-888-671-3263)។ សេវាកម្មទាំងនេះមានដោយឥតគិតថ្លៃ។

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您需要以您的语言获得帮助，请拨打

1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。为残障人士提供的帮助和服务（如盲文和大字体文档）也可获得。

请拨打 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)。

这些服务是免费的。

(Farsi)فارسی

توجه: اگر به کمک به زبان خود نیاز دارید، با شماره 1412-484-888-1 تماس بگیرید. (TTY: 1-888-671-3263) کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ بزرگ، نیز در دسترس هستند. با شماره 1412-484-888-1 تماس بگیرید. (TTY: 1-888-671-3263) این خدمات رایگان هستند.

हिन्दी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में मदद की आवश्यकता है, तो 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। विकलांग लोगों के लिए सहायक और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़ और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab rau koj hom lus, hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg muaj kev xiam oob khab, xws li cov ntaub ntawv nyob rau hauv braille thiab cov ntawv loj, kuj muaj. Hu rau 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Cov kev pabcuam no yog pub dawb.

日本語 (Japanese)

注意: ご自身の言語で支援が必要な場合は、1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。点字や大文字の印刷物など、障害のある方のための支援やサービスも利用できます。1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) にお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄물과 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ໂປດສ ງເກດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງ
ທ່ານ,

ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263).

ການຊ່ວຍເຫຼືອ

ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນ

ເອກະສານເປັນແບຣອຍ

ແລະ ເອກະສານພິມຕົວໃຫຍ່, ກໍ່ມີໃຫ້ບໍລິການ.

ໂທ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac
nor douc waac daaih lorx taux 1-888-484-1412 (TTY:
1-888-671-3263). 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 1-888-484-1412 (TTY:
1-888-671-3263). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-
louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੇ ਅਪੰਗਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы на шрифте Брайля и крупным шрифтом. Звоните по номеру 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Эти услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

PANSIN: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print, ay makukuha rin. Tumawag sa 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ang mga serbisyong ito ay libre.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ กรุณาโทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) มีบริการช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่ ก็มีให้บริการเช่นกัน โทร 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з інвалідністю, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Зателефонуйте за номером 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu ông/bà cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in lớn, cũng có sẵn. Xin gọi số 1-888-484-1412 (TTY: 1-888-671-3263). Các dịch vụ này hoàn toàn miễn phí.

Otros idiomas

Puede obtener este *Manual para Participantes* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. Community Advantage Plus ofrece traducciones escritas por traductores calificados. Llame al 1-888-484-1412 (TTY 711). La llamada es gratuita. Lea este *Manual para Participantes* para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística de atención médica, como los servicios de interpretación y traducción.

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 costo alguno para usted. Llame al 1-888-484-1412 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Servicios de intérprete

Community Advantage Plus ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario utilizar a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos el uso de menores como intérpretes a menos que sea una emergencia. Se ofrecen servicios de interpretación, lingüísticos y culturales gratuitos. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para obtener este manual en un idioma diferente, llame al 1-888-484-1412 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Índice General de Contenidos

Capítulo 1: Cómo empezar como participante	12
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	25
Capítulo 3: Utilizando la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	45
Capítulo 4: Cuadro de beneficios	70
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios	142
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal	165
Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	181
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	188
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	200
Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan	256
Capítulo 11: Avisos legales	268
Capítulo 12: Definiciones y palabras importantes	272

Descarga de Responsabilidad

Community Advantage Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Community Advantage Plus depende de la renovación del contrato.

La cobertura bajo Community Advantage Plus es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Satisface el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y Atención Médica a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), www.irs.gov/Affordable-CareAct/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Los proveedores fuera de la red/o no contratados no tienen la obligación de tratar a los participantes del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del departamento de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Capítulo 1: Cómo comenzar como participante

Introducción

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

Tabla de Contenido

A. Bienvenido a nuestro plan	14
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	14
C. Ventajas de nuestro plan	15
D. Área de servicio de nuestro plan	16
E. Qué requisitos debe reunir para ser participante del plan	16
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud	16
G. Su equipo de atención y plan de atención	18
G1. Equipo de atención	18
G2. Plan de atención	18
H. Resumen de costos importantes	19
I. Este <i>Manual para Participantes</i>	19
J. Otra información importante que recibirá de nosotros	19
J1. Su Tarjeta de Identificación de Participante	20
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	21
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	22
J4. <i>Explicación de Beneficios</i>	23
K. Cómo mantener su registro de participación actualizado	23

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

24

A. **Bienvenido a nuestro plan**

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a individuos elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud mental y conductual y otros proveedores. También contamos con administradores de casos y equipos de atención para ayudarlo a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

B. **Información sobre Medicare y Medi-Cal**

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para las siguientes personas:

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California, Medi-Cal es administrado por el estado y 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 (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

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

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

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan si se satisfacen las siguientes condiciones:

- nosotros decidimos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de California nos permiten 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.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

C. **Ventajas de nuestro plan**

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga nada extra para unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted ayudará a conformar. Usted, su cuidador, sus médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud podrían formar parte de su equipo de atención.
- Tiene acceso a un coordinador de casos. Es la persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarlo a elaborar un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del coordinador de casos.
- Su equipo de atención y su coordinador de casos 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. Esto quiere decir, por ejemplo, que su equipo de atención se asegura de que:
 - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma para poder asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por ellos.
 - Garantizen que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos Participantes de Community Advantage Plus: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Community Advantage Plus para recibir sus beneficios de Medicare el 1er día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Community Advantage Plus. Todavía podrá recibir servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal previo por un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Community Advantage Plus. Su cobertura de Medi-Cal no tendrá un periodo sin beneficios. Por favor, llámenos al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

D. **Área de servicio de nuestro plan**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Condado Imperial.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

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

E. **Qué requisitos debe reunir para ser participante del plan**

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran viviendo en el área de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- que sea mayor de 21 años en el momento de la inscripción, **y**
- que tenga ambas, la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos, o se encuentre legalmente presente en los Estados Unidos, **y**
- que actualmente sea elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de tres meses, entonces aún es elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

F. **Lo que esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud**

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

Tenemos la obligación de realizarle una HRA. Esta HRA constituye la base para el desarrollo de su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud mental y conductual y funcionales.

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

Le enviaremos más información sobre la HRA.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Si determinamos que usted tiene una relación previa con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Esto significa que vio al proveedor fuera de la red al menos una vez en una consulta que no fue de emergencia en los 12 meses previos a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Si determinamos que hay una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que usted nos proporciona.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión con mayor rapidez y, en ese caso, tendremos que responder en un plazo de 15 días. Puede realizar esta solicitud llamando al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412. Si corre riesgo de sufrir daño, debemos responder dentro de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que demuestre la relación y aceptar determinados términos al realizar la solicitud.

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

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención, deberá utilizar médicos y otros proveedores de la red Community Advantage Plus que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud. Algunos planes de salud le asignan a un grupo de médicos llamado grupo médico o IPA (Asociación de Práctica Independiente). Este grupo trabaja en conjunto para brindarle la atención que necesita. Le ayudan a encontrar médicos, realizar pruebas y aprobar servicios. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Participante* 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 ayudarlo a obtener la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de casos u otra persona de salud que usted elija.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Un coordinador de casos es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Tendrá un coordinador de casos cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona, además, lo deriva a otros recursos de la comunidad que nuestro plan no provee, y trabaja con su equipo de atención para ayudarlo a coordinar sus cuidados. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de casos 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 cuidado le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Ello incluye sus servicios médicos, de salud mental y conductual y LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- sus objetivos de atención médica y
- el plazo para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reunirá con usted después de su HRA. Ellos le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede plantearse contratar. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar el plan de atención una vez por año como mínimo.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene una cuota.

I. Este *Manual del Participante*

Este *Manual del Participante* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas que se incluyen en este documento. Si cree que hemos actuado de forma contraria a dichas reglas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Participante* llamando al Departamento de Servicio al Cliente a los números que se indican en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Participante* que se encuentra en nuestro sitio web www.chpiv.org.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

J. Otra información importante que le brindamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de Identificación de Participante, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su Tarjeta de Identificación de Participante

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS), ciertos servicios de salud mental y conductual y recetas. Muestre esta tarjeta cuando reciba un servicio o receta. Aquí tiene una muestra de una Tarjeta de Identificación de Participante:

Community Health Plan of Imperial Valley | **ADVANTAGE PLUS** | **MedicareRx**
Prescription Drug Coverage

Community Advantage Plus (HMO D-SNP) is a Medicare Medi-Cal plan that contracts with both Medicare and Medi-Cal.

Member Name: <Cardholder Name>	RxBIN: 15574
Member ID: <Cardholder ID#>	RxPCN: ASPROD1
Case Manager Phone: <CC Phone>	RxGRP: IVH01
IPA Name: <IPA Name>	RxD:
PCP Group/Name: <PCP/Group Name>	
PCP Phone: <PCP Phone>	

MEMBER CANNOT BE CHARGED
Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0
H1671-001

In an emergency, call 911 or go to the nearest hospital emergency room, or you may call your primary care provider (shown on the front of this ID card).

Member Services: 1-888-484-1412
Member Services TTY: 1-888-671-3263
Behavioral Health: 1-888-671-3511
Pharmacy Help Desk: 1-877-606-0727
24-Hour Nurse Advice: 1-888-671-3332

Website: www.chpiv.org

Send Claims To: Community Advantage Plus (HMO D-SNP)
P.O. Box 174
Imperial, CA 92251

Claim Inquiry: 1-888-671-6419

Si su Tarjeta de Identificación de Participante se daña, se pierde o es robada, llame inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Mientras sea participante de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si presenta su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Participante, el proveedor podría cobrarle a Medicare en lugar de cobrarle a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Citas médicas,
- Medi-Cal Dental,
- Farmacia,
- Servicios de salud mental especializados, que ofrece el plan de salud mental del condado (MHP),
- Salud Mental y Conductual del Condado, y
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS).

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* enumera los proveedores y las farmacias en la red de nuestro plan. Mientras sea participante en nuestro plan, debe recurrir a proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en forma electrónica o impresa) llamando al Departamento de Servicio al Cliente 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 le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en la dirección web que se indica en la parte inferior de la página.

Definición de proveedores de la red

- Nuestra red proveedores incluye:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la atención médica a los que puede recurrir como participante de nuestro plan.
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan, y

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- LTSS, servicios de salud mental y conductual, agencias de salud a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos (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 pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los participantes de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Deberá surtir sus medicamentos recetados en una de las farmacias de nuestra red para que nuestro plan ayude a pagarlos, excepto en caso de emergencia.

Llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números indicados en la parte inferior de la página para obtener más información. El Departamento de Servicio al Cliente y nuestro sitio web pueden brindarle información al día sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Para abreviar, la denominamos “*Lista de Medicamentos*”. 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 Community Advantage Plus*.

La *Lista de Medicamentos* también le informa si algún medicamento tiene reglas o restricciones, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero podrían producirse cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame al Departamento de Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

J4. Explicación de Beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarlo 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* (EOB).

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

El EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de Medicare Parte D y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de Medicare Parte D durante el mes. Este EOB no es una factura. El EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede discutir opciones de menor costo con la persona que receta el medicamento. **El Capítulo 6** de este *Manual del Participante* brinda más información sobre el EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Puede solicitar también una EOB. Llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números indicados en la parte inferior de la página para obtener una copia.

K. **Cómo mantener su registro de participación al día**

Para mantener su registro de participación al día, infórmenos cuando haya alguna modificación en su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos los datos correctos en sus 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 ayudes a mantener tu información actualizada.

Debe informarnos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguros de salud, como el de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja doméstica; o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- denuncias de responsabilidad civil, como las relacionadas con accidentes automovilísticos.
- ingreso a un centro de enfermería o a un hospital;
- atención en un hospital o una sala de emergencias.
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); y,
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga.)

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto de recursos importantes que lo pueden ayudar a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de casos y otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Departamento de Servicio al Cliente	27
B. Su Coordinador de Casos	29
C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP)	31
D. Línea de Asesoramiento de Enfermería	32
E. Línea de Crisis de Salud Mental y Conductual	32
F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	33
G. Medicare	34
H. Medi-Cal	36
I. Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal Oficina del Defensor del Pueblo	36
J. Servicios Sociales del Condado	37
K. Agencia de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado	38
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	39
M. Programas por Ayudar a la Gente a Pagar Medicamentos	39
M1. Ayuda Adicional de Medicare	40
M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	41
M3. El Plan de Pago de Recetas de Medicare	41
N. Seguro Social	41
O. Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)	42

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

P. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	43
Q. Otros recursos	43
R. Medi-Cal Dental	44

A. Departamento de Servicio al Cliente

LLAME AL	1-888-484-1412. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO POSTAL	Community Advantage Plus P.O. Box 174 Imperial, CA 92251
SITIO WEB	www.chpiv.org

Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan.
- preguntas sobre reclamos o facturación.
- la toma decisiones sobre la cobertura de la atención médica.
 - Una decisión sobre la cobertura de su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos
 - la suma que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión sobre la cobertura de su atención médica..
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.
- apelaciones sobre su atención médica

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión tomada sobre su cobertura y pedimos que la cambiemos si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores dentro y 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 (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-888-484-1412.
 - Si su queja es acerca de una decisión sobre la cobertura de su atención médica, puede realizar una apelación (consulte la sección que antecede).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ○
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
 - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los de venta libre (over-the-counter, OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.
- apelaciones sobre sus medicamentos

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.
- 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 sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección que antecede).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.
- pago por atención médica 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 del Participante*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.

B. Su Coordinador de Casos

Su Coordinador de Casos es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Si necesita contactar o cambiar su Coordinador de Casos, llame al 1-888-484-1412, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

LLAME AL

1-888-484-1412. Esta llamada es gratuita.

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO POSTAL	Community Advantage Plus P.O. Box 174 Imperial, CA 92251
SITIO WEB	www.chpiv.org

Comuníquese con su coordinador de casos para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud mental y conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre los beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS), incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los Centros de Enfermería (NF)

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- terapia Física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- atención médica en el hogar
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- en ocasiones, puede obtener ayuda con su atención médica y sus necesidades de la vida diaria. Puede comunicarse con su coordinador de casos para obtener más información.

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

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

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

LLAME AL	1-800-434-0222 o 1-760-353-0223 De lunes a viernes de 8:00 a.m. to 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	HICAP San Diego 5151 Murphy Canyon Rd, Suite 100 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	www.cahealthadvocates.org/hicap/san-diego

Póngase en contacto con el HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas sobre pasarse a un plan nuevo y ayudarlo con:
 - la comprensión de sus derechos.
 - la comprensión de sus opciones de planes.
 - respuestas a sus preguntas sobre el cambio de planes,
 - la presentación de quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - problemas de facturación o reclamaciones.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

D. Línea de Asesoramiento Telefónico de Enfermería

Como participante de nuestro plan, puede recibir asesoramiento en materia de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin costo. Si no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria, llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas. Puede comunicarse con la Línea de Asesoramiento de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	1-888-671-3332. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

E. Línea de Crisis de Salud Mental y Conductual

La línea de Crisis de Salud Mental y Conductual Urgente del Condado Imperial brinda apoyo confidencial las 24 horas, los 7 días de la semana, intervención en crisis y referencias de recursos para la salud mental y el uso de sustancias.

LLAME AL	1-800-817-5292. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. http://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/bhs Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
SITIO WEB	https://bhs.imperialcounty.org/

Comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Mental y Conductual para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios de salud mental y conductual y abuso de sustancias
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- el Equipo móvil de Respuesta a Crisis (equipo móvil de médicos que abordan crisis)

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental especializados de su condado, consulte el **Capítulo 2, Sección K**.

F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene nada que ver con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123.
TTY	711
CORREO POSTAL	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.livantaqio.cms.gov

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos a la atención médica.
- la presentación de una queja sobre la atención que recibió si:
 - problemas con la calidad de la atención, como recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - el caso si usted piensa que su estadía hospitalaria terminó demasiado pronto, o
 - si piensa que su atención médica en el hogar, la atención de un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminaron demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

G. 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).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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 brindan.
- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes 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 planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja a 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.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid en 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, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de acogida y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

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

Está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de casos de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción al plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

LLAME AL

1-800-430-4263

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

TTY	1-800-430-7077 Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. **Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal Oficina del Defensor del Pueblo**

La Oficina del Defensor del Pueblo ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros participantes reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Ellos escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán políticas y procedimientos, le brindarán información, asesoramiento y opciones, y le sugerirán referencias apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. No están conectados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de elegibilidad de IHSS y Medi-Cal, comuníquese con la agencia local de Servicios Sociales del Condado. La agencia también ofrece programas y servicios que incluyen servicios para adultos y de protección, salud y participación comunitaria, y comidas y comedores para personas mayores.

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 se le brindan para que pueda permanecer de manera segura en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer las compras o transportarse.

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

LLAME AL	1-760-337-6800. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Imperial County Social Services 2995 South 4 th Street El Centro, CA 92243
SITIO WEB	www.imperialcountysocialservices.org/aging-and-disability-services

K. Agencia de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado

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

LLAME AL	1-442-265-1525 o 1-800-817-5292. Esta llamada es gratuita. Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
-----------------	---

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

TTY	711 Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
SITIO WEB	https://bhs.imperialcounty.org/

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

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental y conductual que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias que ofrece el condado
- instituciones para enfermedades mentales (hospitales, centros de enfermería u otras instituciones dedicadas a proporcionar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales, incluida la atención médica, la atención de enfermería y los servicios relacionados)
- casas club (estas están organizadas centralmente para ayudar a los participantes a recuperarse de enfermedades mentales)

L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC) es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219. Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TDD	1-877-688-9891. Este número está destinado a personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

FAX	1-916-255-5241.
SITIO WEB	www.dmhca.gov

M. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos

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

M1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medi-Cal, califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda Adicional”.

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

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

La mejor evidencia disponible incluye documentos que demuestren que usted califica para recibir Ayuda Adicional. A continuación se muestran ejemplos de información que puede proporcionar:

- Una copia de su tarjeta de Medi-Cal si incluye su fecha de elegibilidad durante el período de tiempo en el que cree que debería recibir ayuda adicional;
- Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medi-Cal durante el período de tiempo en cuestión;
- “Notificación de concesión” de ayuda adicional del Seguro Social, o

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Cualquier otro documento o reclamo que demuestre el estado de Medi-Cal durante el tiempo en cuestión.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, 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 al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al final de la página.

M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP). Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos (según lo define el estado) y estado de no seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa; llame al 1-844-421-4050.

M3. El Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de pago de Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, sin importar 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 al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov.

N. Seguridad 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.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

O. **Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)**

La RRB es una agencia Federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

P. 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 coordinador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de su jubilado. 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 coordinador de beneficios de ese grupo**. El coordinador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Q. Otros recursos

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

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a servicios médicos
- apelación contra rechazo de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturación médica
- IHSS (servicios de apoyo en el hogar)

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

R. Medi-Cal Dental

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamientos de conducto radicular
- prótesis parciales y completas, ajustes, reparaciones y recambios

Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) y Dental Managed Care (DMC).

LLAME AL	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

En lugar del Pago por Servicio Dental de Medi-Cal, 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 Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 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 Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

Introducción

En este capítulo encontrará reglas y términos específicos que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos a través de nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de casos, 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 poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Información sobre servicios y proveedores	47
B. Reglas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan	47
C. Su coordinador de casos	49
C1. ¿Qué es un coordinador de casos?	49
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de casos	50
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de casos	50
D. Atención de proveedores	50
D1. Cuidados de un proveedor de atención primaria (PCP)	50
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	52
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	53
D4. Proveedores fuera de la red	54
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	55
F. Servicios de salud mental y conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	55
F1. Servicios de salud mental y conductual de Medi-Cal provistos fuera de nuestro plan	56
G. Servicios de transporte	58
G1. Transporte Médico No Urgente	58

G2. Transporte no médico	59
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.	61
H1. Atención en caso de emergencia médica	61
H2. Atención de urgencia	63
H3. Atención durante un desastre	63
I. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?	64
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	64
J. Cobertura de servicios de atención sanitaria en un estudio de investigación clínica	65
J1. Definición de estudio de investigación clínica	65
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	65
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	66
K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución de atención médica no médica religiosa	66
K1. Definición de una institución religiosa que provee atención de la salud no médica	66
K2. Recibir atención de una institución religiosa de atención no médica de la salud	66
L. Equipo médico duradero (DME)	67
L1. DME como participante de nuestro plan	67
L2. Titularidad de DME si pasa a Medicare Original	67
L3. Beneficios de equipos de oxígeno como participante de nuestro plan	68
L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)	69

A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los proveedores son médicos, enfermeras 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 atención médica, servicios de salud mental y conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que le brindarán servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan a usted. Cuando usa un proveedor de la red, por lo general usted no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios cubiertos por 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 mental y conductual y LTSS.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud mental y conductual y muchos LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para gozar de la cobertura de nuestro plan, se deben reunir las siguientes condiciones:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestro Cuadro de Beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante*.
- La atención debe considerarse **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. La atención médicamente necesaria sirve para evitar que las personas se enfermen de gravedad o queden discapacitadas, y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que brinde y supervise su atención. Como participante del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de poder utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

proveedores en la red de nuestro plan. Esto se conoce como **derivación**. Si no obtiene la aprobación, no cubriremos los servicios.

- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Al elegir su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su médico de cabecera lo deriva a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un equipo de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud que trabajan juntos para cuidar de usted. Le ayudan a mantenerse saludable, le tratan cuando está enfermo y se aseguran de que reciba la atención que necesita.
- No necesita derivaciones de su médico de cabecera para recibir atención de emergencia o de urgencia, para utilizar un proveedor de salud para la mujer o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos atención que brinde 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:
 - Cubrimos atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la hubiese recibido de parte de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un tiempo acotado o cuando el proveedor no está disponible ni accesible temporalmente.
 - Cuando se una al plan por primera vez, puede solicitar seguir utilizando sus proveedores actuales. Si podemos determinar que usted tiene una relación existente con los proveedores, tenemos que aprobar esta solicitud, con algunas excepciones. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Participante*. Si aprobamos su solicitud, podrá seguir usando los proveedores que usa actualmente durante 12 meses como máximo. Durante ese tiempo, su coordinador de casos se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de 12 meses, ya

no cubriremos su atención si continúa utilizando proveedores que no están en nuestra red y no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra Cobertura de Salud: Los participantes de Medi-Cal deben utilizar todas las demás coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario del OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otro OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos participantes de Community Advantage Plus: En la mayoría de los casos, usted será inscrito en Community Advantage Plus para recibir sus beneficios de Medicare el 1er día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Community Advantage Plus. Todavía podrá recibir servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal previo por un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Community Advantage Plus. Su cobertura de Medi-Cal no tendrá un periodo sin beneficios. Llámenos al 1-888-484-1412 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de casos

C1. ¿Qué es un coordinador de casos?

Un coordinador de casos es un médico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de administración de casos. El coordinador de atención/coordinador de casos trabaja con usted y con sus proveedores médicos para garantizar que usted obtenga toda la atención que necesita.

C2. Cómo puede contactar a su coordinador de casos

Para comunicarse con su coordinador de casos, puede llamar al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de casos

Para cambiar su coordinador de casos, puede llamar al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

D. Atención de proveedores

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

Debe elegir un médico de cabecera para que le brinde y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Al elegir su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Una IPA es un grupo de médicos que trabajan en sus propios consultorios pero se unen para cuidar a los pacientes. Se unen para facilitarle la obtención de la atención que necesita, como chequeos, pruebas y visitas a especialistas.

Community Advantage Plus permite que un afiliado tenga la opción de recibir servicios de PCP directamente de un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) contratado siempre que Community Advantage Plus y la ley de California definan a un PCP como un internista, pediatra, obstetra/ginecólogo o médico de familia. El PCP es también quien tiene la responsabilidad de brindar atención inicial y primaria a los pacientes, atendiendo la mayoría de los problemas de salud. La función del PCP consiste en supervisar la totalidad de su atención médica. Este médico es el mejor para planificar su atención médica de rutina, como controles, vacunas, pruebas de laboratorio, atención para el dolor de oído, resfriados, gripe, dolor de estómago, fiebre, esguinces y caídas, planificación familiar y otra atención médica de rutina. El PCP es quien dirige al participante hacia hospitales y médicos especializados.

El PCP también participa en lo siguiente:

- coordina los servicios cubiertos.
- toma decisiones sobre la obtención de una autorización previa (PA), si corresponde

Su PCP puede trabajar en una clínica como un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) que tiene un contrato con Community Advantage Plus. En este caso, la clínica puede ser su proveedor de atención primaria. Puede recibir atención primaria y atención especializada en el FQHC.

Su elección del PCP

Cuando se inscribe en Community Advantage Plus, tendrá la opción de seleccionar su PCP o puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente y ellos pueden ayudarlo con la selección.

Si hay un especialista u hospital particular que quiera usar, es importante saber si tiene contrato con el grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o preguntar al Departamento de Servicio al Cliente de Community Advantage Plus para averiguar si el PCP que desea realiza derivaciones a ese especialista o utiliza el hospital.

Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP ya no está en nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un PCP nuevo que sí lo esté.

Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo en línea en www.chpiv.org o puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711) y ellos pueden ayudarlo con el cambio. Cuando solicita cambiar su médico de cabecera, el cambio generalmente entra en vigencia de inmediato a menos que haya consultado a otro médico

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

de cabecera dentro del mismo mes. En estos casos, el cambio surtirá efecto el primer día del mes siguiente.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando solicite un cambio, informe al Departamento de Servicio al Cliente si utiliza un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben tener la aprobación del PCP. El Departamento de Servicio al Cliente le ayuda a continuar con su atención especializada y otros servicios cuando cambia de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de nuestro plan antes de utilizar otros proveedores. Esta aprobación se conoce como **derivación**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de nuestro plan:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos que se necesitan con urgencia y que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. 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 los chequeos 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.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. Si llama al Departamento de Servicio al Cliente antes de abandonar el área de servicio, podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y el COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de atención médica de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de diagnóstico (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.

Además, si usted es un Participante Indígena Estadounidense, puede obtener servicios cubiertos de un Proveedor de Atención Médica Indígena de su elección, sin necesidad de una derivación de un PCP de la Red o Autorización Previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, como:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

El PCP es el médico que lo derivará a un especialista y otros proveedores si lo considera necesario.

Es muy importante obtener una autorización (aprobación previa) de su PCP antes de acudir a un especialista u otros proveedores del plan (hay algunas excepciones, como los servicios de atención médica de la mujer de rutina, que explicaremos más adelante en esta sección) y servicios de salud mental y conductual. Si no tiene una autorización (aprobación previa) antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que deba pagar dichos servicios por su cuenta. Revise el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren PA.

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

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

Si no recibe una derivación por escrito cuando la necesite, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan.

Es posible que un proveedor de la red al que usted acude abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie a lo largo del año, debemos darle acceso sin interrupciones 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 mental y conductual abandona 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 él o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado dentro de la red accesible para usted, debemos organizar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si toma conocimiento de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para coordinar su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja 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).

D4. Proveedores fuera de la red

En determinadas circunstancias, es posible que un participante tenga derecho a completar los servicios cubiertos con un médico u hospital cuyo contrato ha finalizado. Un participante recientemente cubierto también puede tener derecho a completar los servicios cubiertos con un médico no contratado si el participante estaba recibiendo servicios de ese médico en el momento en que la cobertura con Community Advantage Plus entró en vigencia. El proveedor fuera de la red debe enviar una solicitud de autorización a Community Advantage Plus. Se revisará la solicitud de autorización y usted y el proveedor recibirán una respuesta. Consulte el **Capítulo 1** del *Manual del Participante*. Además, el plan cubre servicios de diálisis para participantes con ESRD que viajan fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible. En estos casos, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

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

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si ustedes no son elegibles para participar en Medicare.

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

LTSS puede 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 Comunitarios para Adultos (CBAS) y los Apoyos Comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Para obtener más información sobre LTSS, puede comunicarse con su Coordinador de Casos al 1-888-484-1412. Para obtener más información sobre el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, puede comunicarse con la Autoridad Pública IHSS del Condado Imperial al 1-760-337-3084.

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

Usted tiene derecho a acceder a los servicios de salud mental y conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud mental y conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por uso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Departamento de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado Imperial (ICBHS) llamando a la línea de acceso al 1-442-265-1525. Para recibir asistencia Urgente sobre Salud Mental y Conductual las 24 horas, los 7 días de la semana, llame gratis al 1-800-817-5292.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o visitar nuestra página web en <https://bhs.imperialcounty.org/>.

F1. Servicios de salud mental y conductual de Medi-Cal provistos fuera de nuestro plan

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental (MHP) del condado si usted reúne los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado Imperial (ICBHS) incluyen:

- servicios de salud mental y conductual

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial para casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- coordinación especializada de casos
- Reingreso con Implicación de la Justicia
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de la casa club
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (TSC)
- empleo con apoyo
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos conductuales
- cuidados terapéuticos de acogida
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos a domicilio

Los servicios de Medi-Cal de medicamentos proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado Imperial (ICBHS) incluyen:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- servicios intensivos de tratamiento ambulatorio
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de Tratamiento de Narcóticos
- medicamentos para tratamiento de adicciones (llamado también tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad

Los servicios del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) están disponibles para usted a través del Condado Imperial si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios intensivos de tratamiento ambulatorio
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para tratamiento de adicciones (llamado también tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios residenciales de tratamiento
- servicios de coordinación de retiros
- programa de Tratamiento de Narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de coordinación de contingencias
- servicios de intervención temprana (para participantes menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para participantes menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Además de los servicios mencionados, es posible que tenga acceso a servicios de desintoxicación hospitalarios voluntarios si reúne los criterios.

Community Advantage Plus ofrece servicios de salud mental y conductual para pacientes ambulatorios y hospitalizados a sus participantes en asociación con Imperial County Behavioral Health Services (ICBHS). No se requiere autorización previa para una evaluación de salud mental porque valoramos la salud mental de nuestros participantes. Community Advantage Plus mantiene una relación de larga data con el Departamento de Servicios de Salud Mental y Conductual del Condado Imperial. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Salud Mental y Conductual al 1-442-265-1525.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte Médico No Urgente

Tiene derecho a transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para asistir a sus citas. Se puede proveer transporte médico no urgente para servicios cubiertos como consultas médicas, dentales, de salud mental, uso de sustancias y farmacias. Si necesita transporte médico no urgente, puede hablar con su PCP y solicitarlo. Su PCP decidirá el mejor medio de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán completando un formulario de declaración de certificación médica (PCS) y enviándolo a Community Advantage Plus para su aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación sirve para un año. Su PCP evaluará su necesidad de transporte médico no urgente para solicitar la reaprobación cada 12 meses.

El transporte médico no urgente es una ambulancia, una furgoneta, una camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Community Advantage Plus permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico no urgente más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesita transporte a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado físicamente o médicamente en una camioneta para silla de ruedas, Community Advantage Plus no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica hace imposible cualquier tipo de transporte terrestre.

El transporte médico no urgente debe utilizarse en los siguientes casos:

- Lo necesita físicamente o médicamente según lo determine la autorización por escrito de su médico de cabecera porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor durante el viaje de ida y el de regreso a su residencia, vehículo o lugar donde realiza el tratamiento debido a que tiene una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711) al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Participante cuando realice la llamada. También puede llamar si necesita más información.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Límites del transporte médico

Community Advantage Plus cubre el transporte médico de menor costo que satisface sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Community Advantage Plus lo ayudará a programar su transporte. La lista de los servicios cubiertos está en el **Capítulo 4** de este manual. El transporte no está cubierto fuera del plan Community Advantage Plus de su red o área de servicio a menos que esté previamente autorizado.

G2. Transporte no médico

Los beneficios del transporte no médico incluyen el viaje hacia y desde una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener un viaje, sin costo alguno para usted, cuando:

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

Community Advantage Plus le permite utilizar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público/privado para llegar a su cita para los servicios autorizados por su proveedor. Community Advantage Plus puede utilizar diferentes proveedores para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces puede recibir un reembolso por los viajes que haga en un vehículo privado. Community Advantage Plus debe aprobar esto **antes de** obtener el viaje, y debe decirnos por qué no puede ir de otra manera, como tomando el autobús. Puedo hacerlo por teléfono, correo electrónico o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

Para el reembolso del kilometraje se necesita lo siguiente:

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

Para solicitar un viaje para servicios que han sido autorizados, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711) al menos 48 horas (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas de urgencia**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Participante cuando realice la llamada. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los Participantes Indígenas Estadounidenses pueden comunicarse con su clínica de salud indígena local para solicitar transporte no médico.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Límites del transporte no médico

Community Advantage Plus Proporciona el transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No podrá conducir usted mismo ni recibirá un reembolso directamente.**

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

- Se necesita una ambulancia, furgoneta, camioneta para silla de ruedas u otro medio de transporte médico no urgente para recibir un servicio.
- Necesita la asistencia del conductor durante el viaje de ida y el de regreso a la residencia, al vehículo o al lugar donde realiza el tratamiento debido a que tiene una condición física o mental.
- Está en silla de ruedas y no puede entrar o salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare ni Medi-Cal.

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

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o una persona con conocimientos promedio de la salud y la medicina anticiparían que podría derivar en:

- riesgo grave para su vida o la de su hijo no nacido; ○
- pérdida o daño grave de las funciones corporales; ○
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, ○
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en peligro la salud o la seguridad de la madre o del niño por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias o el hospital más cercano. Si es necesario, llame a una ambulancia. Usted **no** necesita aprobación o una derivación de su PCP. No es necesario utilizar un proveedor de red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de informar al plan sobre su emergencia lo antes posible.** Damos seguimiento a sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si demora en informarnos. Llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede obtener atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal correspondiente. El beneficio máximo es de \$50,000.00. Medicare no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La atención médica de emergencia cubierta está cubierta por Medi-Cal.

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

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición está estable y finaliza la emergencia médica. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

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

Atención de emergencia en casos que no constituyen una emergencia

En ocasiones, es difícil saber si está transitando una emergencia médica o de salud mental y conductual. Tal vez, acuda a la atención de emergencia, y el médico le diga que no está transitando una emergencia. Siempre y cuando considere de forma razonable que su salud está en peligro, cubriremos su atención.

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

- Use un proveedor de la red, o

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

H2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella que recibe en una situación que no constituye una emergencia, pero requiere atención inmediata. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos atención de urgencia solo si:

- Recibe esta atención de parte de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas que se describen en este capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener información sobre los proveedores de la red de atención de urgencia, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede visitar www.chpiv.org.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En tal caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos 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 atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención. no emergencia atención médica que recibe 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 aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para acceder a información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: www.chpiv.org.

Si, durante un desastre declarado, no puede acudir a un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información.

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

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

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

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios con las siguientes características:

- se consideran médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte **el Capítulo 4** de este *Manual del Participante*), **y**
- los recibe 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 quiere saber si pagamos un servicio médico o atención, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntarnos esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 de este *Manual del Participante* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También se explica cómo apelar nuestra decisión sobre la cobertura. Llame al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el coste total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte **el Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Para conocer los límites de beneficios y saber cuánto ha utilizado, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

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

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es la forma en que los médicos evalúan nuevos tipos de atención médica o medicamentos. En general, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare solicita voluntarios para el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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 o de su proveedor de atención primaria. 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 (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos por Medicare Original, le recomendamos que usted o su coordinador de casos se comuniquen con el Departamento de Servicio al Cliente para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si participa de forma voluntaria en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Cuando se haya unido a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, la mayoría de los artículos y los servicios que reciba como parte del estudio estarán cubiertos. Esto incluye lo siguiente:

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

Si usted forma parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no ha** sido aprobado, usted paga cualquier costo por estar en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

K. **Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución de atención médica no médica religiosa**

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

Una institución religiosa de atención no médica de la salud 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 centro de enfermería especializada se opone a sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención no médica.

Este beneficio solo corresponde a los servicios hospitalarios de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica de la salud).

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 diga 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 que esté cubierta por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención no médica de la salud debe satisfacer las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o cuidados en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en la instalación, o su estadía **no** estará cubierta.

Community Advantage Plus tiene límites de cobertura para pacientes hospitalizados. Consulte el **Capítulo 4** para obtener los detalles.

L. **Equipo Médico Duradero (DME)**

L1. **DME como participante de nuestro plan**

El DME incluye ciertos artículos necesarios que pide un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, colchones con sistema electrónico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias cuyo uso en el hogar ha sido indicado por un proveedor, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos e insumos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Medicare, el pagador principal para personas con doble elegibilidad, limita la cobertura de DME al equipo necesario para uso en el hogar. Medi-Cal cubre algunos equipos médicos duraderos que se necesitan para usar tanto en el hogar como en la comunidad.

Usted posee algunos artículos DME, como prótesis.

Otros tipos de DME que debe alquilar. Como participante de nuestro plan, usted **no será** propietario de los artículos DME alquilados, sin importar por 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 pasa a Medicare Original**

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero pasan a ser propietarios del mismo 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.

Nota: Puede encontrar definiciones de los Planes Medicare Original y MA en el Capítulo 12 del *Manual del Participante*. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & You* 2026. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048.

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

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

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Medicare Original o un plan 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 Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

L3. Beneficios de equipos de oxígeno como participante de nuestro plan

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

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega del oxígeno y el contenido
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y el contenido
- mantenimiento y reparaciones de los 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 cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)

Si necesita un equipo de oxígeno médicamente necesario y **abandona nuestro plan para pasar a Medicare Original**, debe alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales en concepto de alquiler cubrirán el equipo y los insumos de oxígeno y los servicios que se enumeran arriba. 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**, el proveedor debe brindar:

- equipo de oxígeno, insumos y servicios por otros 24 meses.
- equipo de oxígeno e insumos durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **transcurrido el periodo de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene la obligación de suministrarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comenzará un nuevo periodo de 5 años.
- Le alquila a un proveedor por 36 meses.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Su proveedor le brindará el equipo de oxígeno, los insumos y los servicios durante otros 24 meses.
- Comenzará un nuevo ciclo cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa qué servicios cubre nuestro plan y qué restricciones o límites tienen. También indica cuáles son los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Nuevos participantes de Community Advantage Plus: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Community Advantage Plus para recibir sus beneficios de Medicare el 1er día del mes posterior a su solicitud de inscripción en Community Advantage Plus. Todavía podrá recibir servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal previo por un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Community Advantage Plus. Su cobertura de Medi-Cal no tendrá un periodo sin beneficios. Por favor llámenos al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Tabla de Contenido

A. Sus servicios cubiertos	72
B. Reglas que impiden que los proveedores le cobren por sus servicios	72
C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	72
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan	75
E. Apoyo Comunitario	127
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	130
F1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)	130
F2. Medi-Cal Dental	131
F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)	132
F4. Programas de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 1915(c)	132
F5. Servicios De Salud Mental Y Conductual Del Condado Proporcionados Fuera De Nuestro Plan (Servicios De Salud Mental Y Trastornos Por Consumo De Sustancias)	136
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	139

A. **Sus servicios cubiertos**

Este capítulo le informa qué servicios 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 del Participante*. En este capítulo también se explican los límites en algunos servicios.

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

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de casos y/o al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

B. **Reglas que impiden que los proveedores le cobren por sus servicios**

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier costo. Esto es así incluso si lo que le pagamos al proveedor es menos de lo que este cobra por su servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por un servicio cubierto. Si es así, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante* o llame al Departamento de Servicio al Cliente.

C. **Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan**

La Tabla de Beneficios le informa sobre los servicios que paga nuestro plan. Allí se enumeran y explican los servicios cubiertos en orden alfabético.

Pagamos los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. No pagas nada por los servicios que aparecen en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumplas con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud mental y conductual y de consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, equipos y medicamentos) deben ser “medicamente necesarios”. Este término describe los servicios, insumos o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le impiden ingresar a un hospital o centro de enfermería. También incluye los servicios, los suministros y los medicamentos que responden a los estándares aceptados de la medicina.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- 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 la atención de parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención 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 su plan o un proveedor de la red le brinde una derivación. **El Capítulo 3** de este *Manual del Participante* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de poder utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se conoce como derivación. **El Capítulo 3** de este *Manual del Participante* tiene más información sobre cómo obtener una derivación y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos de los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red primero obtiene nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en ella Tabla de Beneficios que necesitan PA con un asterisco (*).
- Si su plan otorga la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- *Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerada, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.*

Información Importante Sobre Beneficios Para Participantes Con Ciertas Afecciones Crónicas.

- Si tiene alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas,

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Trastornos autoinmunes,
 - Cáncer,
 - Trastornos cardiovasculares,
 - Insuficiencia cardíaca crónica,
 - Demencia,
 - Diabetes,
 - Enfermedad gastrointestinal crónica,
 - Enfermedad renal crónica,
 - Trastornos hematológicos graves,
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes,
 - Trastornos neurológicos,
 - y accidente cerebrovascular.
- Necesitará presentar un formulario de evaluación de riesgos de salud que lo identifique como alguien que padece una de las afecciones enumeradas que podrían empeorar sin acceso a uno de los beneficios complementarios especiales enumerados **anteriormente**.
 - Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de Beneficios para obtener más información.
 - Contáctenos para información adicional.

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

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	Evaluación de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una única ecografía para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especialista.	\$0
	Acupuntura*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos dos servicios ambulatorios de acupuntura como máximo por mes calendario, o más en caso de que sean médicamente necesarios. También pagamos 12 consultas de acupuntura como máximo en un plazo de 90 días si sufre dolor lumbar crónico, que es aquel que posee las siguientes características: • dura más de 12 semanas; • no es específico (no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, como la relación con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una cirugía; y • no está asociado con un embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No obtendrá más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico por año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un	

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	estado, territorio o Commonwealth (ej., 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 en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
	Evaluación y terapia por el abuso de alcohol Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (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 obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si puede hacerlo y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (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 lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su estado debe ser tan grave que otros modos de llegar al centro de atención pongan en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no emergentes) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su estado debe ser tan grave que otros modos de llegar al centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.	\$0
	Consulta de bienestar anual	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Puede hacerse un chequeo anual. El objetivo es elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos este servicio 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 obtener visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
Servicios Preventivos para el Asma En el caso de personas con asma mal controlado, puede recibir información sobre el asma y una evaluación de su domicilio para detectar disparadores que se encuentran con frecuencia en las casas.	\$0
 Medición de la masa ósea Pagamos determinados procedimientos para los participantes que califiquen (por lo general, una persona en riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, la pérdida ósea y la calidad de los huesos. Pagamos estos servicios una vez cada 24 meses o, si son médicamente necesarios, con más frecuencia. También pagamos para que un médico analice los resultados y haga comentarios al respecto.	\$0
 Pruebas de diagnóstico de cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía de derivación entre los 35 y los 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	exámenes clínicos de la mama una vez cada 24 meses	
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)* Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y terapia. Los participantes deben cumplir ciertas condiciones y contar con una recomendación médica. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas habituales.	\$0
	Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para cardiopatías) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico podría hacer lo siguiente: - hablar sobre el consumo de aspirina; - medir su presión arterial, y/o - le daremos consejos para asegurarnos de que está comiendo bien.	\$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagaremos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también permiten identificar defectos causados por un riesgo elevado de sufrir cardiopatías.	\$0
	Pruebas de diagnóstico de cáncer vaginal o de cuello de útero	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres, Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • para las mujeres con riesgo elevado de sufrir cáncer vaginal o de cuello de útero, 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 las mujeres de 30 a 65 años: una prueba del papilomavirus humano (HPV) o una prueba de Papanicolaou más HPV una vez cada 5 años	
Servicios quiroprácticos* Pagamos los siguientes servicios: • ajustes en la columna vertebral para corregir su alineación. • visitas al consultorio, ejercicio terapéutico y estimulación muscular eléctrica (EMS) relacionados con el tratamiento del dolor de espalda. Limitado a 24 visitas por año. Pueden aplicarse reglas de autorización Hable con su PCP para obtener una derivación.	\$0
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	\$0
 Pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos los siguientes servicios: ● Colonosopía, ésta no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. ● La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan 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 la última colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo 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. ● Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo 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.	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • 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.	
Tarjeta de Débito La tarjeta de beneficios Community Advantage Plus es una tarjeta de débito precargada que puede usarse para pagar determinados beneficios del plan complementario, como: • Artículos de venta libre • Beneficios de fitness, que incluyen rastreador de actividad, membresía de gimnasio y ejercicios de	No hay coseguro, copago ni deducible para su tarjeta de débito Community Advantage Plus.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
entrenamiento cerebral en línea para mejorar la memoria y la atención. Beneficio Suplementario Especial de Alimentos y Productos Agrícolas para Enfermedades Crónicas (SSBCI)* La tarjeta de débito precargada no es una tarjeta de crédito. Los fondos se cargan en la tarjeta mensualmente. Las asignaciones de tarjetas solo se pueden utilizar para acceder al beneficio complementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación sólo podrá ser utilizada por el afiliado y no podrá aplicarse a ningún otro beneficio o costo. No puede convertir la tarjeta a dinero en efectivo. *Se aplican requisitos de elegibilidad. Para obtener más información sobre cómo calificar para el SSBCI de alimentos y productos agrícolas, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Community Advantage Plus. Para acceder a las asignaciones de SSBCI, los participantes deben tener una condición crónica calificada, un HRA válido completado para su inscripción actual en Community Advantage Plus (HMO D-SNP) y estar aprobados por Community Advantage Plus (HMO D-SNP) Care Management. Consulte “Beneficio SSBCI de Alimentos y Productos Agrícolas” en este cuadro para obtener más información.	Al final de cada mes, el dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados volverán al plan en la fecha de cancelación efectiva de su inscripción.
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 G2 a continuación. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de	\$0

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Pagamos ciertos servicios dentales integrales, incluidas coronas y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental. Los servicios dentales no cubiertos por Medi-Cal Dental están limitados a un máximo de \$2,000.00 por año de beneficio.	
	Prueba de depresión Pagamos una prueba de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	\$0
	Prueba de diabetes Pagamos esta prueba (que incluye pruebas de glucosa en ayuno) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • hipertensión • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de hiperglucemia Es posible que se cubran las pruebas 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
	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): ● Suministros para medir la glucosa en sangre, incluido lo siguiente: ○ monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa ○ lancetas y medidor ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores ● Para personas con diabetes y con pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos a la medida (incluidas las plantillas) y su ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ○ ○ un par de zapatos profundos y su ajuste, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles estándares que vienen con ese calzado). ● En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.	
Servicios de Comadrona Para las mujeres embarazadas, pagamos nueve consultas con una comadrona durante el periodo prenatal y posparto, además del apoyo durante el trabajo de parto y el parto. También se podrán prever hasta nueve pospartos adicionales.	\$0
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Participante</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: ● sillas de ruedas, incluidas las eléctricas ● muletas ● colchones con sistema electrónico ● almohadilla de compresión seca para el colchón ● suministros para diabéticos ● camas hospitalarias para uso hogareño indicadas por un proveedor ● bombas de infusión intravenosa y mástil ● dispositivos generadores del habla ● equipos e insumos de oxígeno ● nebulizadores ● andadores ● bastón cuádruple o estándar de manija curva e insumos de reemplazo ● dispositivo de tracción cervical para la puerta ● estimulador óseo ● equipo de diálisis Es posible que se cubran 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 preguntarles si pueden encargarlo especialmente para usted. Por lo general, nuestro plan cubre todo DME de las marcas y los fabricantes de esta lista cubierto por Medicare y Medi-Cal. No cubrimos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que necesita dicha marca. Si es nuevo en	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
nuestro plan y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por hasta 90 días. Durante ese plazo, hable con su médico para decidir qué marca será adecuada desde el punto de vista médico para usted después de los 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para obtener una segunda opinión). Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual del Participante</i>.	
Cuidados de emergencia Por atención de urgencia se entienden los servicios que son: • suministrados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; y • necesario para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como resultado: • riesgo grave para su salud o la de su niño por nacer; o • daño grave para las funciones del cuerpo; o • disfunción grave de cualquier órgano corporal o • pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se continúe pagando su atención. Solo podrá permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención hospitalaria si el

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. - El traslado a otro hospital puede poner en peligro la salud o la seguridad de la madre o del niño por nacer. El plan cubre la atención de emergencia en los Estados Unidos y sus territorios, según se requiera. El plan también cubre atención de emergencia en todo el mundo como un beneficio complementario que brinda cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial, con un límite de \$50,000. El transporte de regreso a los Estados Unidos no está cubierto.	plan aprueba su estadía.
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 incluye a cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: - examen y tratamiento médico de planificación familiar - pruebas de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar - métodos de planificación familiar (anticoncepción intrauterina, DIU, implantes, inyecciones y píldoras, parches o anillos anticonceptivos) - insumos recetados para la planificación familiar (condones, esponja, espuma, película, diafragma o capuchón) - servicios de fertilidad limitados, como asesoramiento y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad y/o asesoramiento	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
sobre salud preconcepcional, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS). • asesoramiento y pruebas para el VIH y el sida, y otros cuadros relacionados con el VIH • anticoncepción permanente (Debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar). Debe firmar un formulario de consentimiento federal para la esterilización entre 30 y 180 días antes de la fecha de la cirugía) • asesoramiento genético También pagaremos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe recurrir a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • tratamientos para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	
Beneficio de SSBCI para alimentos y Productos Agrícolas (Complementario)* Si le diagnostican alguna de las condiciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir \$60 por mes para alimentos y productos agrícolas, un beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI). Puede usar la cantidad asignada en su tarjeta de débito precargada para comprar una variedad de productos alimenticios saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana, o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional.	No hay coseguro ni copago si utiliza su tarjeta Community Advantage Plus. Se requiere la participación en un programa de manejo de los cuidados. Es posible que se requiera que los participantes obtengan la

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Deberá presentar un formulario de evaluación de riesgos de salud que lo identifique como alguien que padece una de las afecciones enumeradas que podrían empeorar sin acceso a uno de los beneficios complementarios especiales que se enumeran a continuación. • dependencia crónica del alcohol y otras drogas; • trastornos autoinmunes; • cáncer; • trastornos cardiovasculares; • insuficiencia cardíaca crónica; • demencia; • diabetes; • enfermedad gastrointestinal crónica; • enfermedad renal crónica; • trastornos graves de la sangre; • VIH/SIDA; • trastornos pulmonares crónicos; • condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes; • trastornos neurológicos; • y accidente cerebrovascular. Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente o a su Coordinador de Casos para iniciar su solicitud u obtener información adicional. Puede requerirse autorización previa.	autorización médica para las pruebas debido a la falta de información médica histórica.
Beneficio de fitness (Complementario) Obtiene \$60 cada mes con su tarjeta de débito Community Advantage Plus para gastar en Medicamentos de Venta Libre aprobados por el plan (ver beneficio “Medicamentos de venta libre”) O gastos de	No hay coseguro ni copago si utiliza su tarjeta Community Advantage Plus.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	acondicionamiento físico, que incluyen rastreador de actividad, membresía de gimnasio y ejercicios de entrenamiento cerebral en línea para mejorar la memoria y la atención. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente. Los \$60 que recibes cada mes vencen al final de cada mes. No se transfieren al mes siguiente. Hable siempre con su médico acerca de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.	Usted puede ser responsable de los costos si excede su asignación mensual máxima. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones.
	Programas de educación en materia de salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se centran en determinadas afecciones médicas. Incluyen lo siguiente: • clases de educación en materia de salud • clases de educación en materia de nutrición • programas para dejar de fumar y consumir tabaco; y • línea directa de enfermería	\$0
	Servicios de audición* Pagaremos las pruebas de audición y equilibrio que realice su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos: • moldes, insumos e inserción • reparaciones • un par de pilas al inicio	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• seis consultas de capacitación, ajuste y adaptación con el mismo proveedor, una vez que reciba los audífonos • alquiler de audífonos por un periodo de prueba • dispositivos de ayuda auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea de uso superficial • servicios de audiología y evaluación posterior relacionados con audífonos También cubrimos: • Una prueba de rutina de audición y equilibrio realizada por su proveedor una vez al año. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Se cubrirán a modo de atención ambulatoria si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • Una visita de evaluación o adaptación de audífonos de rutina por año. Audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, hasta un máximo de \$1,510 por año.	
 Prueba de VIH Pagaremos una prueba de VIH cada 12 meses, para las siguientes personas: • aquellas que pidan una prueba de VIH; o • personas con mayor riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de VIH adicionales cuando las recomiende su proveedor.	\$0
Atención médica domiciliaria* Para que pueda recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico deberá informarnos que los necesita y deberá proporcionarlos una agencia de atención	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo que implica que salir de casa supone un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no figuran aquí: • servicios de asistencia médica y enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes en su domicilio (se cubrirán a través del beneficio de atención médica domiciliaria; sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia y terapia ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipos e insumos médicos	
Terapia de infusión domiciliaria* Nuestro plan paga el tratamiento de infusión intravenosa, que se define como los medicamentos o las sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel en su domicilio. Para realizar la infusión en su domicilio, se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como la inmunoglobulina o sustancias antivíricas • equipos, como una bomba; o • insumos, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión domiciliaria que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación para el participante que no se incluyen en el beneficio de DME • supervisión remota; y	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
servicios de supervisión para la provisión del tratamiento de infusión en el domicilio y medicamentos para dicha infusión suministrados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar	
Cuidados paliativos Tiene derecho a optar por los servicios paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un diagnóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se prevé que vivirá seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: - medicamentos para tratar los síntomas y el dolor - cuidado de relevo a corto plazo - atención médica en el hogar Los servicios de cuidados paliativos 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) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga.	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: - 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. Usted no paga <i>nada</i> por estos servicios. Medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: - Los medicamentos nunca se cubrirán a través del beneficio de cuidados paliativos y a través de nuestro plan de forma simultánea. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Participante</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 cuidados que no sean de hospicio, llame a su coordinador de casos y/o al departamento de servicio al cliente para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para un participante con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
 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,	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • vacunas contra la hepatitis B si tiene 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 con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del Participante</i> para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran aquí: • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de las unidades de atención especial, como la unidad de terapia intensiva o la unidad coronaria • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio de • Radiografías y otros servicios radiológicos • insumos médicos y quirúrgicos necesarios • artefactos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios hospitalarios para abuso de sustancias	\$0 Para obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red tras la estabilización del cuadro de emergencia.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivesicular. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted 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, podrá recibir sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de la comunidad y usted decide recibir su trasplante allí, coordinamos o pagamos el alojamiento y el traslado para usted y otra persona. • sangre, incluido su almacenamiento y administración • servicios médicos Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente internado 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 hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos los servicios de atención médica para la salud mental que requieran una estadía hospitalaria. ● Si necesita servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico independiente, cubrimos los primeros 190 días. Pasado este plazo, la agencia de salud mental local del condado paga los servicios psiquiátricos hospitalarios que sean médicamente necesarios. La autorización de la atención que exceda los 190 días se coordinará con la agencia de salud mental local del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados 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 de Enfermedades Mentales (IMD).	
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 internado si ya utilizó todos sus beneficios como paciente internado 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 el Departamento de Servicio al Cliente. Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no figuran aquí: ● servicios médicos ● pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y los servicios técnicos • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • prótesis y dispositivos ortopédicos que no sean odontológicos, incluido su reemplazo o reparación. Estos son dispositivos que reemplazan la totalidad o parte de lo siguiente: ○ un órgano interno (incluidos los tejidos adyacentes); ○ ○ la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. • órtesis para la pierna, el brazo, la espalda o el cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente • fisioterapia y terapia ocupacional y del habla	
Servicios y suministros para enfermedades renales* Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñarle a llevar a cabo el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe padecer enfermedad renal crónica en etapa IV y ser derivado por su médico. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del Participante</i>, o cuando su	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. ● Tratamientos de diálisis hospitalarios si lo internan en un hospital para recibir atención especial. ● Capacitación para que se realice el tratamiento de diálisis usted mismo, que incluye capacitación para usted y para la persona que lo ayuda con sus tratamientos de diálisis en su hogar. ● Equipo y suministros de diálisis en el hogar. ● Determinados servicios de asistencia en el hogar, como las visitas necesarias de especialistas en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y 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 este cuadro.	
Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga una prueba de diagnóstico de cáncer de pulmón cada 12 meses en los siguientes casos: ● tiene entre 50 y 77 años, y ● tener una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y ● ha fumado al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón; fuma en la actualidad o dejó de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de diagnóstico, nuestro plan paga otra prueba de diagnóstico por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige brindar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para la	\$0

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	detección del cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	
	Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También se utiliza después de un trasplante de riñón, cuando lo recomienda su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individualizado en cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la derivación cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario. Es posible que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios MDPP para personas elegibles. MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar sus conductas saludables. Ofrece capacitación práctica sobre lo siguiente: ● cambios alimenticios a largo plazo; y ● aumento de la actividad física, y ● formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
	Medicamentos de la Parte B de Medicare*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga por los siguientes medicamentos: • aquellos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo, sino que se inyectan o administran por medio de una infusión mientras recibe los servicios de un médico, servicios ambulatorios en un hospital o servicios en un centro de cirugías ambulatorias • 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 contra el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se autoadministra por medio de una inyección si tiene hemofilia • medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante 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 inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si está confinado en 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. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
● 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. ● medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los medicamentos antináuseas orales que utiliza 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 utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antináuseas intravenoso. ● ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare ● medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo 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 ● agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante 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®, or Methoxy polyethylene glycol-epotin beta)	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
● 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 del Participante</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. También se explican las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados. El Capítulo 6 de este <i>Manual del Participante</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	
Atención en un centro de enfermería* Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su hogar pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: ● habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) ● comidas, incluidas las dietas especiales ● servicios de enfermería ● fisioterapia y terapia ocupacional y del habla ● terapia respiratoria ● administración de medicamentos como parte de su plan de atención. Esto incluye las sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación ● sangre, incluido su almacenamiento y administración	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• suministros médicos y quirúrgicos que, por lo general, proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que suelen ofrecer los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que suelen realizar los centros de enfermería • uso de artefactos, como las sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios médicos y profesionales • equipos médicos duraderos • servicios dentales, incluidas las dentaduras • beneficios para la visión • exámenes de la audición • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, recibe su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes establecimientos si aceptan las sumas que paga 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 brinde atención en un centro de enfermería). • un centro de enfermería en donde vive su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted abandona el hospital	
 Diagnóstico de obesidad y tratamiento para mantener el descenso de peso Si su índice de masa corporal es de 30 o más, pagamos la terapia para ayudarlo a bajar de peso. Deberá recibirla en un entorno de atención primaria. De esa	\$0

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
manera, se podrá gestionar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP)* Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • actividades para la admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, coordinar y administrarle estos medicamentos. • terapia por consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas para detectar la presencia de drogas o químicos en su organismo (pruebas toxicológicas)	\$0
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran aquí: • Radiografías • radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y los suministros técnicos • insumos quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio de • sangre, incluido su almacenamiento y administración	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como Tomografías Computarizadas, Resonancias Magnéticas, Electrocardiogramas y Tomografías por Emisión de Positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una condición médica. • otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	
Observación hospitalaria ambulatoria* Pagamos servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación 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 internado 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 <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publicaciones/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (Outpatient hospital services*) Pagaremos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento ambulatorio de un hospital	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad, como lo siguiente: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a determinar si usted debe quedar internado. ○ En ocasiones, es posible que pase la noche en el hospital y aun así se lo considere “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre cómo ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención para la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, de lo contrario, se necesitaría un tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios radiológicos que facture el hospital • Insumos médicos, como férulas y yesos • Exámenes preventivos y servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios de salud mental que proporcionen las siguientes personas:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional autorizado (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera practicante (NP) • un asistente médico (PA) • otro profesional de la salud mental calificado de Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no figuran aquí: • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento individual y grupal de la salud mental • pruebas psicológicas cuando se indiquen clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • servicios ambulatorios con el fin de supervisar el tratamiento con medicamentos • laboratorio ambulatorio, medicamentos, insumos y suplementos • consultas psiquiátricas	
Servicios de rehabilitación ambulatoria*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Pagamos por la fisioterapia y la terapia ocupacional y del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los departamentos ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) y otros establecimientos.	
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias* Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no figuran aquí: ● evaluación y terapia por el abuso de alcohol ● tratamiento por el abuso de drogas ● terapia grupal o individual con un clínico calificado ● desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones ● servicios por consumo de drogas o alcohol en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo ● tratamiento con Naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)	\$0
Cirugía ambulatoria* (Outpatient surgery*) Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en las instalaciones ambulatorias de un hospital y centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si le van a realizar una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado 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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Beneficio de venta libre (OTC) (Suplementario) Obtendrá \$60 cada mes con su tarjeta de débito Community Advantage Plus para gastar en artículos, productos y Medicamentos de Venta Libre aprobados por el plan O gastos de acondicionamiento físico (consulte “Beneficio de acondicionamiento físico”). Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar de venta libre sin receta, como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado y vendajes. Los artículos de venta libre se pueden comprar en establecimientos minoristas participantes. Los \$60 que recibes cada mes vencen al final de cada mes. No se transfieren al mes siguiente. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No hay coseguro ni copago si utiliza su tarjeta Community Advantage Plus. <i>Usted puede ser responsable de los costos si excede su asignación mensual máxima. Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones.</i>
Cuidados Paliativos Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos están destinados a 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 hospicios, 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/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 de salud mental y sociales médicos	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• servicios de su equipo de atención designado • coordinación de la atención • manejo del dolor y los síntomas Es posible que no reciba cuidados paliativos y de hospicio al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir cuidados paliativos, puede solicitar el cambio a cuidados paliativos en cualquier momento.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico 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 (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que deba internarse en un hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud mental (conductual) activa proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario, 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 la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.	\$0
Servicios de médico/proveedor, incluidas visitas al consultorio médico* Pagamos los siguientes servicios: • atención médica si es médicamente necesaria o servicios quirúrgicos proporcionados en lugares como los siguientes:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
• consultorio médico • centro de cirugías ambulatorias certificado • departamento ambulatorio de un hospital • consultas, diagnósticos y tratamientos de parte de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento • servicios de telesalud para consultas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para participantes con diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario de difícil acceso, con acceso crítico, centro de diálisis renal, o en el domicilio. • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de apoplejía. • servicios de telesalud para participantes con trastorno de abuso de sustancias o trastorno de salud mental concomitante. • servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: • tiene una consulta presencial en el plazo de 6 meses antes de su primera consulta por telesalud. • tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • se pueden hacer excepciones por determinadas circunstancias. • servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rurales y centros de salud con fondos federales. • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos si ○ no es paciente nuevo, y	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
○ el control no está vinculado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ el control no es causa de una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en el próximo turno disponible. ● Evaluación de video y/o imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento de su parte en el plazo de 24 horas si: ○ no es paciente nuevo, y ○ la evaluación no está vinculada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no es causa de una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en el próximo turno disponible. ● Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono o a través de Internet, o registros de salud electrónicos, si usted no es un paciente nuevo ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	
Servicios de podología* (Podiatry services*) Pagamos los siguientes servicios: ● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo) ● cuidado del pie de rutina para participantes con condiciones que afectan las piernas, como la diabetes	\$0
 Profilaxis preexposición (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	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: ● Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. ● Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. ● Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. ● Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.	
 Pruebas de diagnóstico de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: ● un examen rectal digital ● prueba del antígeno prostático específico (PSA)	\$0
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* Las prótesis reemplazan la totalidad o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: ● pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos ● bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de la colostomía ● alimentación enteral y parenteral, incluidos los equipos de alimentación, la bomba de infusión, los	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
tubos y el adaptador, las soluciones y los insumos para las inyecciones autoadministradas ● marcapasos ● órtesis ● calzado ortopédico ● brazos y piernas artificiales ● prótesis mamarias (incluido el sostén quirúrgico para usar después de una mastectomía) ● prótesis para reemplazar la totalidad de una parte del cuerpo o una porción de esta que ha sido extraída o dañada como consecuencia de una enfermedad, lesión o defecto congénito ● crema para la incontinencia y pañales Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos cierta cobertura tras la eliminación de las cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte “Atención para la visión” más adelante en esta tabla.	
Servicios de rehabilitación pulmonar* Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para los participantes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. Debe tener una derivación para rehabilitación pulmonar de su médico o el proveedor que trata su cuadro de EPOC.	\$0
 Detección de la infección por el Virus de la Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones:	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
● Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. ● Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. ● Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una evaluación una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas se cubren en el caso de mujeres embarazadas y algunas personas con mayor riesgo de contraer ITS. Un proveedor de atención primaria deberá indicar estas pruebas. Las cubriremos una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual presenciales e intensivas por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión durará entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones a modo de servicio preventivo, solo si las ofrece un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deberán llevarse a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio médico.	\$0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Puede obtener atención en un centro de enfermería especializada siempre que sea médicamente necesario.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
No hay límite en la cantidad de días, y tanto Medicare como Medi-Cal ayudarán a cubrir los costos. Se requiere autorización. Pagamos los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no figuran aquí: • una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia y terapia ocupacional y del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación • sangre, incluido su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF • pruebas de laboratorio administradas por SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que realizan los centros de enfermería • artefactos, como las sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de un médico o proveedor Generalmente, la atención de un SNF se obtiene en centros de la red. En determinadas circunstancias, es posible que pueda recibir atención médica en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes establecimientos si aceptan las sumas que paga nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería)	

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
un centro de enfermería en donde vive su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted abandona el hospital	
 Dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: - consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco - son competentes y están alertas durante el asesoramiento. - un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos dos intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	\$0
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* Pagamos la terapia de ejercicios supervisados (supervised exercise therapy, SET) para participantes con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática que tengan una derivación para SET del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga lo siguiente: - hasta 36 sesiones por periodo de 12 semanas si se reúnen todos los requisitos para la SET - unas 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias El programa de SET debe tener las siguientes características: - Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento o ejercicios	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
terapéuticos para la PAD, para participantes con calambres en las piernas causados por una mala circulación sanguínea (claudicación) ● desarrollarse en el entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico ● ser administrado por personal calificado que garantice que los beneficios serán mayores que los daños y que esté calificado para el tratamiento con ejercicios de la PAD ● contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica calificado en técnicas básicas y avanzadas para prolongar la vida	
Transporte: Transporte médico no urgente* Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir ambulancias, transportes médicos, servicios de transporte médico en camioneta para sillas de ruedas y la coordinación de los servicios de paratransito. Estas formas de transporte se autorizarán en los siguientes casos: ● Su proveedor médico determina que su condición médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y se requiere autorización previa y deberá llamar a su plan para organizar un viaje. ● El transporte se realiza dentro de los EE. UU. y sus territorios. Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación, o comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0
Transporte: Transporte no médico*	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Este beneficio permite el transporte a servicios médicos en automóvil de pasajeros, camioneta de transporte, taxi u otras formas de transporte público/privado. Se requiere transporte para obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el viaje a citas dentales y para recoger medicamentos. El transporte para servicios cubiertos simultáneamente por Medi-Cal y Medicare está cubierto dentro de los EE. UU. y sus territorios. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención brindada para tratar: • un cuadro que no constituye una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una condición que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica urgente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, dada su 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 condición no detectada, pero no es una emergencia médica). El plan cubre atención de urgencia dentro de los EE. UU. y sus territorios según sea necesario. El plan también cubre atención de emergencia en todo el mundo como un beneficio complementario que brinda cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial, con un límite de	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto		Lo que usted debe pagar
	\$50,000. El transporte de regreso a los Estados Unidos no está cubierto.	
	Atención para la visión Pagamos los siguientes servicios: • un examen oftalmológico de rutina por año, y • hasta \$250 para anteojos (marcos y lentes) o hasta \$250 para lentes de contacto cada dos años como parte de su beneficio complementario. Pagamos servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. En el caso de personas con elevado riesgo de padecer glaucoma, pagamos una prueba de diagnóstico de glaucoma por año. Estas son las personas con elevado riesgo de sufrir glaucoma: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años o más • Hispanoamericanos de 65 años o 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 en la que el médico inserta una lente intraocular. Si se somete a dos cirugías de cataratas separadas, recibirá 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
	Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”	\$0

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Servicio Cubierto	Lo que usted debe pagar
Cubriremos una única consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta consulta incluye lo siguiente: ● revisión de su salud ● educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes y vacunas), y ● derivaciones para otros servicios de atención si los necesita Nota: Cubriremos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando coordine su consulta, informe al consultorio de su médico que quiere programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	

E. Apoyo Comunitario:

Usted puede recibir apoyo bajo su Plan de Atención Individualizado. Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables a los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los participantes. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarlo a vivir con mayor independencia. No reemplazan los beneficios que ya recibe bajo Medi-Cal.

Algunos ejemplos de los apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen:

1. **Servicios de Navegación para la Transición de Vivienda**
Los Participantes que experimentan falta de vivienda o están en riesgo de experimentar falta de vivienda reciben ayuda para encontrar, solicitar y conseguir una vivienda.
2. **Depósitos de Vivienda**
Los Participantes que se encuentren sin hogar pueden recibir asistencia única con los depósitos de seguridad de la vivienda y las tarifas de instalación de servicios públicos. Los Participantes también pueden recibir fondos para artículos médicamente necesarios, como aires acondicionados, calentadores y camas de hospital, para garantizar que su nuevo hogar sea seguro para la mudanza.
3. **Servicios de Arrendamiento y Mantenimiento de Viviendas**
Los Participantes reciben apoyo para mantener un alquiler seguro y estable una vez que se asegura la vivienda, como coordinación con los propietarios para abordar problemas,

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

asistencia con el proceso de recertificación anual de vivienda y vinculación con recursos comunitarios para prevenir el desalojo.

4. Vivienda de Corta Duración para Post-Hospitalización

Los Participantes que no tienen una residencia y que tienen altas necesidades médicas o de salud mental y trastornos por uso de sustancias, reciben vivienda a corto plazo para continuar su recuperación. Para recibir este apoyo, los participantes deben ser dados de alta de un entorno clínico para pacientes internados, un centro de tratamiento o recuperación de trastornos por uso de sustancias residencial, un centro de tratamiento de salud mental residencial, un centro correccional, un centro de enfermería o un centro de atención recuperativa.

5. Cuidados de Recuperación (Relevo Médico)

Los Participantes con vivienda inestable que ya no requieren hospitalización pero aún necesitan recuperarse de una lesión o enfermedad, reciben atención residencial a corto plazo. La atención residencial incluye alojamiento, comidas, seguimiento continuo de la condición del participante y otros servicios como la coordinación del transporte a las citas.

6. Servicios de Relevo

Alivio a corto plazo para los cuidadores de los participantes. Los Participantes pueden recibir servicios de cuidador en su hogar o en una instalación aprobada cada hora, día o noche, según sea necesario. Este servicio es un descanso para el cuidador y solo para evitar colocaciones en cuidados de larga duración.

7. Programas de Habilitación Diurna

Los Participantes que están experimentando falta de vivienda, están en riesgo de experimentar falta de vivienda o anteriormente experimentaron falta de vivienda, reciben tutoría de un cuidador capacitado sobre las habilidades de autoayuda, sociales y de adaptación necesarias para vivir con éxito en la comunidad. Estas habilidades incluyen el uso del transporte público, cocinar, limpiar, administrar las finanzas personales, tratar y responder adecuadamente a las agencias y al personal gubernamental, y desarrollar y mantener relaciones interpersonales. Este apoyo se puede brindar en el hogar de un participante o en un entorno fuera del hogar, fuera de una institución.

8. Transición/Desvío de un Centro de Enfermería a un Centro de Vida Asistida

Los Participantes que viven en casa o en un centro de enfermería son transferidos a un centro de vida asistida para vivir en su comunidad y evitar la institucionalización en un centro de enfermería, cuando sea posible. Las residencias de vida asistida brindan servicios para establecer una residencia en una instalación comunitaria, como apoyo con las actividades de la vida diaria, supervisión de medicamentos y personal de atención directa en el lugar las 24 horas.

9. Servicios de Cuidado Personal y de Ama de Casa

Los Participantes que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria o las actividades instrumentales de la vida diaria reciben apoyo en el hogar, como bañarse o alimentarse, preparar comidas, hacer las compras y acompañarse a citas médicas.

10. Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (Modificaciones del Hogar)

Los Participantes reciben modificaciones físicas en su hogar para garantizar su salud y

seguridad y permitirles funcionar con mayor independencia. Las modificaciones en el hogar pueden incluir rampas y barras de apoyo, ampliación de puertas para participantes que usan silla de ruedas, salvaescaleras o hacer que los baños sean accesibles para sillas de ruedas.

11. Comidas Médicamente Personalizadas

Los Participantes reciben entregas de comidas nutritivas y preparadas y alimentos saludables para apoyar sus necesidades de salud. Los Participantes también reciben vales para alimentación saludable y/o educación nutricional. Este servicio no está destinado a abordar la inseguridad alimentaria.

12. Centros de Sobriedad

A los Participantes que se encuentren intoxicados en público se les proporciona un entorno seguro, de apoyo y a corto plazo en el que pueden recuperar la sobriedad. Los centros de recuperación brindan servicios como clasificación médica, una cama temporal, comidas, educación y asesoramiento sobre el uso de sustancias y vinculación con otros servicios de atención médica.

13. Tratamiento del Asma

Los Participantes reciben modificaciones físicas en su hogar para evitar episodios agudos de asma debido a desencadenantes ambientales como el moho. Las modificaciones pueden incluir aspiradoras filtradas, deshumidificadores, filtros de aire y ventilación.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-888-484-1412 (TTY: 711) o llame a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

F1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)

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

Puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Consulte la lista de organizaciones líderes de CCT y los condados en los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services):

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Servicios de coordinación de la transición de CCT

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.chpiv.org.

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

Servicios no relacionados con la transición de CCT

El proveedor nos factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios que se presten después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras reciba servicios de coordinación de la transición de CCT, pagamos los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios de la **Sección D**.

No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre los medicamentos. Usted seguirá gozando de su beneficio de medicamentos habitual a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante*.

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

F2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Más información está en el sitio web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamientos de conducto radicular
- prótesis parciales y completas, ajustes, reparaciones y recambios

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 gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org/ para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Ángeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (DMC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales de Medi-Cal o desea realizar cambios, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita. Los contactos de DMC también están

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el Cuadro de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El Programa 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. El IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares de ancianos o las instalaciones de alojamiento y cuidado.

Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de intestinos y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental.

Su coordinador de casos puede ayudarlo a solicitar IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado.

LLAME AL	1-760-337-6800 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Imperial County Department of Social Services 2995 South 4th Street. El Centro, CA 92243
SITIO WEB	https://www.imperialcountysocialservices.org/

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

Exención de Vida Asistida (ALW)

La Exención de Vida Asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno hogareño y comunitario o prevenir admisiones de

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de ubicación en un centro de enfermería.

Los Participantes que están inscritos en ALW pueden permanecer inscritos en ALW y al mismo tiempo recibir los beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención ALW para coordinar los servicios que usted recibe.

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

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

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

Hay dos exenciones 1915(c), la exención HCBS-DD y la exención SDP, que brindan servicios a personas a quienes se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes del cumpleaños número 18 del individuo 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 residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el Estado de California. Su coordinador de casos puede ayudarlo a conectarse con los servicios de Exención DD.

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

La exención HCBA brinda servicios de gestión de atención a personas en riesgo de ser internadas en un hogar de ancianos o en una institución. Los servicios de gestión de atención son proporcionados por un Equipo de Coordinación de la Atención multidisciplinario compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios del Plan Estatal y de Exención (como servicios médicos, de salud mental y conductual, de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de Coordinación de Atención y Exención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento, o ser la residencia de un participante de la familia de un participante.

Los Participantes que están inscritos en la Exención HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención HCBA y al mismo tiempo recibir los beneficios que brinda

nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.

Su coordinador de casos puede ayudarle a solicitar la HCBA.

LLAME AL	1-760-337-6800 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Imperial County Department of Social Services 2995 South 4th Street. El Centro, CA 92243
SITIO WEB	https://www.imperialcountysocialservices.org/

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP) brinda gestión 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 la hospitalización. La gestión de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante y formado por una enfermera registrada y un coordinador de casos de trabajo social. Los Coordinadores 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 domiciliarios y comunitarios 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 mental y conductual y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los Participantes que están inscritos en la exención MCWP pueden permanecer inscritos en la exención MCWP y al mismo tiempo recibir los beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de casos puede ayudarle a solicitar el MCWP.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

LLAME AL	1-760-337-6800 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Imperial County Department of Social Services 2995 South 4th Street El Centro, CA 92243
SITIO WEB	www.imperialcountysocialservices.org/

Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP) brinda servicios de gestión 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, MSSP proporciona coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica 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 gestión 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 completa para determinar los servicios 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:
 - coordinación de casos
 - guardería para adultos
 - pequeñas reparaciones/mantenimiento del hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión protectora.
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- servicios de asesoramiento y terapéuticos
- servicios de comidas
- servicios de comunicación.
- Los Participantes que están inscritos en la Exención MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención MSSP y al mismo tiempo recibir los beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de casos puede ayudarle a solicitar el MSSP.

LLAME AL	1-760-337-6800 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
CORREO POSTAL	Imperial County Department of Social Services 2995 South 4th Street, El Centro, CA 92243
SITIO WEB	www.imperialcountysocialservices.org

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

Usted puede acceder a servicios de salud mental y conductual médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud mental y conductual cubiertos por la atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por uso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud mental y conductual del condado.

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

- servicios de salud mental y conductual
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- rehabilitación diurna

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- servicios de intervención en crisis
- servicios de estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial para casos de crisis
- servicios de centros de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- coordinación especializada de casos
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios terapéuticos conductuales
- cuidados terapéuticos de acogida
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos a domicilio
- reingreso con implicación de la justicia
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios de la casa club
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (TSC)

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

- servicios intensivos de tratamiento ambulatorio
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de Tratamiento de Narcóticos

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- medicamentos para tratamiento de adicciones (llamado también tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de intervención temprana (para participantes menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para participantes menores de 21 años)

Los servicios del sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal incluyen los siguientes:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios intensivos de tratamiento ambulatorio
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para tratamiento de adicciones (llamado también tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios residenciales de tratamiento
- servicios de coordinación de retiros
- programa de Tratamiento de Narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios móviles de intervención en crisis basados en la comunidad
- servicios de coordinación de contingencias
- servicios de intervención temprana (para participantes menores de 21 años)
- detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para participantes menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios mencionados, es posible que tenga acceso a servicios de desintoxicación hospitalarios voluntarios si reúne los criterios.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Los servicios de salud mental y conductual están disponibles para todos los participantes, abarcando tratamientos para la salud mental y los trastornos por uso de sustancias. Estos servicios incluyen atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios, asesoramiento y administración de medicamentos. Para garantizar una atención adecuada, la necesidad médica se determina utilizando criterios basados en evidencia revisados por profesionales de la salud calificados, considerando las necesidades de salud individuales.

Nuestro plan ha establecido procedimientos de derivación para garantizar una coordinación fluida entre nuestros servicios y los servicios de salud mental y conductual del condado. Esto garantiza derivaciones y transferencias de atención sin inconvenientes cuando se necesitan los servicios del condado. Para cualquier inquietud o queja, nuestro equipo de Salud Mental y Conductual está dedicado a guiarlo a través del proceso de resolución de manera rápida y eficaz.

Para obtener más ayuda o si tiene preguntas, comuníquese con nuestro equipo de Salud Mental y Conductual al 1-888-671-3511.

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

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

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

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

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 cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Participante* 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.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- enfermeros privados.
- artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- tarifas que cobran sus familiares directos o los participantes de su grupo familiar.
- envío de comidas a su hogar.
- procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- 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 la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincida.
- atención quiropráctica distinta de la manipulación manual de la columna según los lineamientos de la cobertura.
- atención de rutina para los pies, excepto según se describe en la sección de Servicios de podología de la Tabla de beneficios, en la **Sección D**
- calzado ortopédico, a menos que el calzado forme parte de una órtesis para la pierna y esté incluido en el costo de esta última, o a menos que el calzado sea para una persona con pie diabético.

- dispositivos de apoyo para los pies, a excepción del calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas menores para la visión.
- reversión de los procedimientos de esterilización
- servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- servicios que se proveen a veteranos en 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 que le corresponden por compartir los costos.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos ambulatorios. Se trata de medicamentos que su proveedor le indica y que usted obtiene en una farmacia o a través del pedido con envío por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. **El Capítulo 6** de este *Manual del Participante* le informa cuánto debe pagar por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual del Participante.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, incluyen los medicamentos que le recetan mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante*.
- 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 hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, si sigue las reglas de esta sección, cubrimos sus medicamentos.

Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otro médico prescriptor) que escriba su receta, que debe ser válida según la legislación estatal aplicable. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su médico de cabecera lo ha derivado para recibir atención.

Su médico **no** debe estar en las listas de Exclusión o Preclusión de Medicare o cualquier lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, deberá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red. Consulte la **Sección A1** para obtener más información. O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

El medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. Para abreviar, la denominamos “*Lista de Medicamentos*”. (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 G** para aprender acerca de cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta, también, que la solicitud para cubrir el medicamento recetado se evaluará bajo los estándares de Medicare y Medi-Cal.

El medicamento se debe usar para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Tabla de Contenido

A. Cómo surtir sus recetas	145
A1. Surtido de su receta en una farmacia de la red	145
A2. Cómo usar su Tarjeta de Identificación de Participante al surtir una receta médica	145
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	145
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	146
A5. Uso de una farmacia especializada	146
A6. Uso de servicios de pedido con envío por correo para obtener sus medicamentos	147
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	148
A8. Uso de una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan	148
A9. Reembolso por pagar una receta	149
B. <i>Lista de Medicamentos</i> de nuestro plan	149
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	150
B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	150

B3. Medicamentos no incluidos en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	151
B4. Niveles de costo compartido de la <i>Lista de Medicamentos</i>	152
C. Límites para algunos medicamentos	153
D. Motivos por los cuales es posible que su medicamento no se cubra	155
D1. Obtención de un suministro temporal	156
D2. Solicitar un suministro temporal	157
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	158
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	160
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por estadía cubierta por nuestro plan	160
F2. En un centro de atención a largo plazo	161
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	161
G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos	162
G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura	162
G2. Programas para ayudarlo a gestionar los medicamentos	162
G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los participantes a utilizar de forma segura los medicamentos opioides	163

A. **Cómo surtir sus medicamentos recetados**

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

En la mayoría de los casos, solo pagamos las recetas si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es aquella que acepta surtir recetas para los participantes de nuestro plan. Puede recurrir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas obtenidas 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 Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

A2. Cómo usar su Tarjeta de Identificación de Participante al surtir una receta médica

Para llenar su receta, **muestre su Tarjeta de Identificación de Participante** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que tengas que pagar a la farmacia un copago cuando recoge su receta.

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

Si no tiene su Tarjeta de Identificación de Participante o BIC con usted cuando surta su receta, 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 acceder a la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al retirarla. Luego usted podrá solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante*.
- Si necesita ayuda para obtener una receta, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede pedirle a un proveedor que le dé una nueva receta o pedirle a la farmacia que envíe la receta a la nueva farmacia si aún quedan surtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que 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 Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

A5. Uso de una farmacia especializada

En ocasiones, los medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos 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 usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguraremos de que obtenga los medicamentos que necesita en la farmacia de dicho 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 el Departamento de Servicio al Cliente.
- Farmacias de Proveedores de Atención Médica para Indígenas (IHCP). Los Participantes Indígenas Estadounidenses y Nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un Proveedor de Atención Médica Indígena (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si no es Indígena Americano ni Nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica o en caso de emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este es un caso raro).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido con envío por correo de la red de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma de forma regular para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos **que no**

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con NM en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar Un suministro para 93 días. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Surtido de recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por lo general, la receta que pida con envío por correo llega a su domicilio en 10 días como máximo. Si su envío se demora, nuestra farmacia de servicio por correo se comunicará con usted y trabajará con su médico o farmacéutico para asegurarse de que reciba las recetas que necesita, así como un suministro temporal a través de una farmacia local.

Proceso para pedir medicamentos con envío por correo

El servicio de pedidos con envío por correo tiene diferentes procedimientos para cada receta nueva que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y el nuevo surtido de sus medicamentos con envío por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y envía los medicamentos de las recetas nuevas que reciba de usted de forma automática.

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

Una vez que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pone en contacto con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarle qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas médicas por correo

Para recargas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual para asegurarnos de que su próximo pedido se envíe a tiempo. Si tiene alguna dificultad y necesita ayuda, comuníquese con su coordinador de casos al 1-888-484-1412.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Informe a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes del envío. Puede hacerlo llamando a Su farmacia.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de Farmacias y Proveedores* le indica qué farmacias pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido con envío por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos con envío por correo.

A8. Uso de una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo si no puede acceder a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus recetas como participante de nuestro plan. En estos casos, consulte con su coordinador de casos o el Departamento de Servicio al Cliente es el primero en averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

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

- Si las recetas se relacionan con la atención para una emergencia o urgencia médica.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que brinden servicios las 24 horas.
- Si su receta no suele estar disponible en una farmacia minorista de la red accesible (lo cual incluye costos elevados y medicamentos únicos).
- Si debe recibir una vacuna médicamente necesaria que la Parte B de Medicare no cubre o algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio médico.

A9. Reembolso por pagar una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en lugar de un copago, ya que reciba su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Si paga el costo total de su receta, la que podría estar cubierta bajo Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia lo reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Opcionalmente, debe pedirle a Medi-Cal Rx que le reembolse presentando la reclamación “Reembolso por 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 del Participante*.

B. ***Lista de Medicamentos de nuestro plan***

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Para abreviar, la denominamos “*Lista de Medicamentos*”.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. Esta *Lista de Medicamentos* le informa también si hay reglas que debe seguir para obtenerlos.

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

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*

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

La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas 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 Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

Un medicamento de marca es el que se vende bajo un nombre registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando hacemos derivación a “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes 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 la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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 obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de Medicamentos*.

Nuestro plan también cubre determinados productos y Medicamentos de Venta Libre. Algunos Medicamentos de Venta Libre cuestan menos que los medicamentos recetados y tienen la misma eficacia. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

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

Para saber si un medicamento que toma está incluido en la *Lista de Medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web de nuestro plan en www.chpiv.org. La *Lista de Medicamentos* que figura en nuestro sitio web siempre será la versión más reciente.
- Llame a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Es posible que Medi-Cal Rx cubra los medicamentos que la Parte D no cubre. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Utilice nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” en www.chpiv.org para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* y obtener un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente.

B3. Medicamentos no incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

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

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo por su cuenta. Si cree que deberíamos pagar un

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede pagar un medicamento que 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 condición. Su médico u otro proveedor puede recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, incluso si no ha sido aprobado para tratarla. Esto se conoce como “uso no autorizado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos que se recetan para un uso no autorizado.

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

- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado*
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso*
- Medicamentos ambulatorios creados por una compañía que indique que debe someterse a pruebas o recibir servicios que únicamente ella brinde

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

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de 6 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2 Medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3 Medicamentos de marca preferida
- Nivel 4 Medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5 Medicamentos especializados genéricos y de marca (nivel de costo compartido más alto)
- Nivel 6 Medicamentos de cuidados selectos

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 del Participante* le indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas lo llevarán a obtener un medicamento que funcione para tratar su condición y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona con la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, el proveedor deberá recetarle el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus 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 deba indicarnos cuál es su diagnóstico o proporcionar resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicite que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos que use el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de un producto biológico original 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 existe 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 dijo el motivo médico por el cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionará para usted o escribió "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original o nos dijo el motivo médico por el cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtención anticipada de la aprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se conoce como autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, no cubriremos el medicamento. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en www.chpiv.org/communityadvantage+/2026/formulary-and-prescription para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Uso de otro medicamento en primer lugar

Por lo general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo, que tengan la misma eficacia, antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar la misma condición, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que primero le pidamos que pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A **no** funciona para usted, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

www.chpiv.org/communityadvantage+/2026/formulary-and-prescription para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitaremos la cantidad a la que puede acceder. Esto se conoce como “límite de cantidad”. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para acceder a la información más reciente, llame al Departamento de Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web www.chpiv.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.

D. **Motivos por los cuales es posible que su medicamento no se cubra**

Intentamos que su cobertura de medicamentos le sirva, pero, en ocasiones, es posible que un medicamento no esté cubierto de la forma que le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que quiere tomar. El medicamento no está en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Un medicamento es nuevo y aún no verificamos su 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 la persona que receta pueden solicitarnos una excepción a la regla.
- 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 recursos a los que puede acudir si no cubrimos un medicamento en la forma que usted quiere.

D1. Obtención de 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 dará tiempo para hablar con su proveedor sobre obtener otro medicamento o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para acceder a un suministro temporal de un medicamento, debe reunir estas dos condiciones:

1. El medicamento que ha estado tomando:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Participó en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es por hasta 31 días.
 - Si su receta recomienda menos días, permitimos resurtidos múltiples para un suministro de 31 días como máximo. Debe surtir el medicamento recetado 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.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su participación en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es por hasta 31 días.
 - Si su receta recomienda menos días, permitimos resurtidos múltiples para un suministro de 31 días como máximo. Debe surtir el medicamento recetado 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 recomienda menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado.
 - Para transiciones no planeadas, por ejemplo, cuando se le da de alta en el hospital hacia una residencia o un centro de atención a largo plazo, determinaremos y volveremos a determinar la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera. Se le proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos fuera del formulario, que incluye medicamentos que están sujetos a ciertas reglas, como la terapia escalonada o los límites de cantidad.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

D2. Solicitar un suministro temporal

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

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se acabe. Estas son sus opciones:

- Cambiar su medicamento por otro.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento distinto que le funcione. Llame al Departamento de Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma condición. La lista ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le funcione.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos 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 obtener una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de sus medicamentos se producen el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año. Es posible que cambiemos nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir si se requiere o no aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en un medicamento (puede probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas reglas para 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:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más barato que tiene la misma eficacia que el medicamento que ahora se encuentra en la *Lista de Medicamentos*, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

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

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

- Consulte nuestra *Lista de Medicamentos* actualizada en línea en www.chpiv.org, o
- Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número indicado en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

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

Algunos cambios a la *Lista de Medicamentos* ocurrirán inmediatamente. Por ejemplo:

Aparece un nuevo medicamento genérico. 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 seguirá siendo el mismo o menor. Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, es posible que también decidamos mantener el medicamento de marca en la lista pero cambiemos 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** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que están fuera del mercado.

A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Debe comunicarse con su médico para obtener un medicamento diferente.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma.

Le indicamos con anticipación estos otros cambios a la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas guías o existen nuevos lineamientos clínicos sobre un medicamento.

Cuando se producen estos cambios, procedemos de la siguiente manera:

- Le informamos con al menos 30 días de anticipación antes de hacer el cambio a la *Lista de Medicamentos*, o
- Le informamos y le entregamos un suministro para 31 días después de que pida un resurtido del medicamento.

Esto le da tiempo para conversar con su médico o la persona que receta. Él o ella lo ayudará a decidir lo siguiente:

- 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 continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*.

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

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos anteriormente y que no le afecten ahora. Para tales 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 estás tomando, si aumenta lo que paga por el medicamento o limita su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento o lo que paga por el medicamento por el resto del año.

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

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si lo admiten 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 hará ningún copago. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando respeten todas nuestras reglas de cobertura.

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

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 Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca se cubrirán a través del beneficio de cuidados paliativos y a través de nuestro plan de forma simultánea.

- Es posible que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antináuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y condiciones terminales. En tal caso, antes de que podamos cubrir el medicamento, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que receta o su proveedor de cuidados paliativos en el que se indique que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle al proveedor de cuidados paliativos o a la persona que receta que se asegure de que recibamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de que usted le pida a la farmacia que surta su receta.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, presente documentación en la farmacia que verifique que abandonó el centro de cuidados paliativos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que le informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

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

Cada vez que surta un medicamento recetado, observaremos los posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- puede que no sea necesario porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- que no son seguros para su edad o género;
- que pueden ocasionarle daños si los toma de forma simultánea;
- que tienen ingredientes a los que es o podría ser alérgico;
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- que tienen cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

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

G2. Programas para ayudarlo a gestionar los medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los participantes con necesidades de salud complejas. En tales casos, es posible que sea elegible para obtener los servicios sin costo a través de un programa de gestión de terapias con medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los 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 le realizará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo beneficiarse al máximo de los medicamentos que toma.
- sus inquietudes, como los costos de los medicamentos y las reacciones a estos.
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos.
- preguntas o problemas que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Luego le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción de los medicamentos con recomendaciones sobre lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que constituyen sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la consulta o a cada ocasión en la que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos cada vez que acuda al hospital o a una sala de emergencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los participantes que califican. Si tenemos un programa que responda a sus necesidades, lo inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea estar en el programa, díganos y lo sacaremos de él.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los participantes utilicen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se conoce como Programa de Gestión de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de opioides recetados o benzodiazepina Los medicamentos pueden no ser seguros y podemos limitar la forma en que puede obtenerlos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos en una o varias farmacias determinadas
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un médico o médicos específicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubrimos para usted

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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 crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones..

Si cree que cometimos un error, o no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando 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 (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*).

En los siguientes casos, es posible que el DMP no se aplique:

- tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia de células falciformes.
- recibe cuidados paliativos, o para el fin de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Introducción

En este capítulo se explica cuánto paga usted por sus medicamentos ambulatorios. Con el término “medicamentos” nos referimos a lo siguiente:

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

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un folleto aparte, llamado “Cláusula De Evidencia De Cobertura Para Personas Que Reciben Ayuda Adicional Para Pagar Medicamentos Recetados” (conocida también como “Cláusula De Subsidio Por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), donde se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no cuenta con este folleto, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Ayuda Adicional 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. Este programa también se conoce como “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS” (Low-Income Subsidy).

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

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

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A la que llamamos “*Lista de Medicamentos*”. Esta lista le indica lo siguiente:
 - Qué medicamentos pagamos
 - ¿En cuál de los 6 niveles se encuentra cada medicamento?
 - Si hay límites sobre los medicamentos
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicio al Cliente. También encontrará la copia más reciente de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en www.chpiv.org.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por Community Advantage Plus. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas 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 Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de este *Manual del Participante*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a [insertar si corresponde: su coordinador de casos] o al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Tabla de Contenido

A. <i>Explicación de Beneficios (EOB)</i>	168
B. Cómo hacer un seguimiento del costo de sus medicamentos	169
C. Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare	171
C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos	171
C2. Sus opciones de farmacia	172
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	172
C4. Lo que usted paga	172
D. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	175
D1. Sus opciones de farmacias	175
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	176
D3. Lo que usted paga	176
D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	178
E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica	178
F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo	178
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	179
G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	179
G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	179

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

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

- Sus **costos de desembolso directo**. Es la cantidad de dinero que usted u otra persona en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted 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 de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este 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 (EOB)*. Lo llamamos EOB para abreviar. El EOB no es una factura. El EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido a los que puede acceder. Puede discutir opciones de menor costo con la persona que receta el medicamento. El EOB incluye:

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Ofrecemos la cobertura de medicamentos que Medicare no cubre.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de costos de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

B. **Cómo hacer un seguimiento del costo de sus medicamentos**

Para hacer un seguimiento del costo de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que usted y su farmacia nos proporcionan. Para ayudarnos, haga lo siguiente:

1. **Utilice su Tarjeta de Identificación de Participante.**

Muestre su Tarjeta de Identificación de Participante cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y qué cantidad paga.

2. **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.**

Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. A continuación se muestran 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 nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso por nuestros servicios, parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, Los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se cuentan para sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para una cobertura catastrófica. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D por el resto del año.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba un EOB por correo, asegúrese de que esté completo y correcto.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Consulte las fechas. ¿Obtuvo sus medicinas ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué pasa si encuentro errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en este EOB, llámenos al Departamento de Servicio al Cliente de Community Advantage Plus. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web www.chpiv.org.

¿Qué pasa con el posible fraude?

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

- Llámenos al Departamento de Servicio al Cliente de Community Advantage Plus.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, desperdicio o abuso, es su derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Se pueden encontrar otros métodos para denunciar fraudes de Medi-Cal en:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que falta algo o que algo está mal, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Conserve estos EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

C2. Sus opciones de farmacias

La cantidad que pague por un medicamento dependerá de dónde lo obtenga:

- en una farmacia de la red; o
- en una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* para aprender cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* 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 surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 93 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 del Participante* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C4. Lo que usted debe pagar

Es posible que tenga que pagar un copago al surtir una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para conocer el monto de su copago por un medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como los de venta libre (OTC) y determinadas 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 Departamento de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando le surtan recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o por 31 días como máximo	El servicio de pedidos con envío por correo de nuestro plan Un suministro por un mes o por 31 días como máximo	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red Un suministro por 31 días como máximo	Una farmacia fuera de la red Un suministro por 31 días como máximo. En determinados casos, la cobertura es limitada. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Participante</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Genérico Preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Costo compartido Nivel 2 (Genérico)	\$0-\$5,10	\$0-\$5,10	\$0-\$5,10	\$0-\$5,10
Costo compartido Nivel 3 (Marca Preferida)	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65
Costo compartido Nivel 4 (Marca No Preferida)	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65
Costo compartido Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65
Costo compartido Nivel 6 (Seleccione Medicamentos para el Cuidado)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

D. **Etapas 1: 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 costos compartidos al que corresponde el medicamento y el lugar en el que lo obtiene.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en *la Lista de Medicamentos* de nuestro plan está en uno de los 6 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 no tienen copago. Son medicamentos con nombre genérico preferido. El copago es de \$0. Pueden ser medicamentos que no sean de Medicare y que Medi-Cal Rx cubra.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen un copago medio. Son medicamentos de nombre genérico. El copago es de \$0 a \$5,10, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca preferida. El copago es de \$0 a \$12,65, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen un copago alto. Son medicamentos de marca no preferida. El copago es de \$0 a \$12,65, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 5 tienen el copago más alto. Son medicamentos de nombre especializado. El copago es de \$0 a \$12,65, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos de nivel 6 no tienen copago. Son medicamentos con el nombre Select Care. El copago es de \$0.

D1. Sus opciones de farmacias

La cantidad que pague por un medicamento dependerá de dónde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferenciales. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferenciales.
- En una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* 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 del Participante* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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 surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 93 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 del Participante* o el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que usted debe pagar

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para conocer el monto de su copago por un medicamento cubierto.

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

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o por 93 días como máximo	El servicio de pedidos con envío por correo de nuestro plan Un suministro por un mes o por 93 días como máximo	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red Un suministro por 93 días como máximo.	Una farmacia fuera de la red Un suministro por 93 días como máximo. En determinados casos, la cobertura es limitada. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Participante</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Genérico Preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Costo compartido Nivel 2 (Genérico)	\$0-\$5,10	\$0-\$5,10	\$0-\$5,10	\$0
Costo compartido Nivel 3 (Marca Preferida)	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65
Costo compartido Nivel 4 (Marca No Preferida)	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65	\$0-\$12,65

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o por 93 días como máximo	El servicio de pedidos con envío por correo de nuestro plan Un suministro por un mes o por 93 días como máximo	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red Un suministro por 93 días como máximo.	Una farmacia fuera de la red Un suministro por 93 días como máximo. En determinados casos, la cobertura es limitada. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Participante</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 5 (Nivel de Especialidad)	<i>No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.</i>	<i>No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.</i>	<i>No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.</i>	<i>No hay un suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.</i>
Costo compartido Nivel 6 (Seleccione Medicamentos para el Cuidado)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de los costos de desembolso directo alcanza los \$2,100. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. A partir de ese entonces, cubrimos todos los costos de sus medicamentos hasta que finalice el año.

Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisamos si llega al límite de \$2,100. Mucha gente no lo consigue en un año.

E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica

Cuando alcanza el límite de desembolso de \$2,100 para sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permanece en esta etapa hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo

En algunos casos, 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.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le receta 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 recibe 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 la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa de costo compartido diario”) y la multiplicamos por la cantidad de días que recibe el medicamento.

- He aquí un ejemplo: Digamos que, el copago para su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1,35. Esto significa que, la cantidad que usted paga por su medicamento es menos de \$0,05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total menor a \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento le funciona antes de pagar el suministro para todo un mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarlo a:
 - Planifique mejor cuándo renovar sus medicamentos.
 - Coordine las recargas con otros medicamentos que toma y
 - Haga 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 Medicare Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte *la Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

1. La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es por el costo de **ponerle la vacuna**. Por ejemplo, en algunos casos, puede recibir la vacuna por medio de una inyección que le aplica su médico.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicio al Cliente si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo reducir los costos usando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que 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 usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra lo que se está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud y no medicamentos. Estas vacunas se cubrirán sin costo para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este Manual del Participante.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Encontrará estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)**, entonces la vacuna no le costará nada.

A continuación se presentan tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red, y la farmacia le pone la inyección.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico, y el médico le da la inyección.
 - Usted no le paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de administrar la inyección.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- En esta situación, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que nos aseguremos de que sepa que usted no debe pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de Medicare Parte D 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, no pagará 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 administrar la inyección.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo, le informamos cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos que la paguemos. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	182
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	186
C. Decisiones sobre la cobertura	186
D. Apelaciones	187

A. **Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos**

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos provistos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Community Advantage Plus le facturen estos servicios o medicamentos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier costo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B de este Capítulo.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le reembolsen el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para un reembolso (devolución del dinero) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Community Advantage Plus.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en participante elegible de Community Advantage Plus.
 - Usted solicita que se le reembolse dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporcione prueba de que usted 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 Community Advantage Plus. No necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), deberá proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

- Community Advantage Plus le informará si le reembolsarán el dinero en una carta llamada Notificación de Acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a reembolsarle, Community Advantage Plus le reembolsará el monto total pagado. Le reembolsaremos dentro de los 45 días hábiles siguientes a la recepción de la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, Community Advantage Plus le reembolsará, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal FFS. Community Advantage Plus le reembolsará el monto total de desembolso por 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:
 - Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por Community Advantage Plus.
 - Usted acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que indicaba que deseaba ser atendido de todos modos y que pagaría los servicios por su cuenta.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente o con su coordinador de casos si tienes alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos información 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 atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si usted paga el importe total al recibir la atención, pídanos un reembolso. Envíenos la factura y los comprobantes de los pagos que realizó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le exige un pago que usted considera que no le corresponde. Envíenos la factura y los comprobantes de los pagos que realizó.
 - Si es necesario pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio de Medicare, le reembolsaremos el dinero.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante mostrar su Tarjeta de Identificación de Participante cuando recibe cualquier servicio o receta; 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 al Departamento de Servicio al Cliente** o a su coordinador de casos al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar costo alguno. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el importe de los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado 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 los comprobantes de los pagos que realizó.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta.

- En solo unos pocos casos, cubriremos recetas obtenidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* 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 pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare porque no trae consigo su Tarjeta de Identificación de Participante

Si no trae consigo su Tarjeta de Identificación de Participante, 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 de la receta o regresar a la farmacia con su Tarjeta de Identificación de Participante.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- 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 la receta.

6. Cuando paga el costo total de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Puede que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Drug List)* en nuestro sitio web, o es posible que tenga un requisito o una restricción que usted no conocía o piensa que no se aplica a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que le receta medicamentos creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro médico que le receta medicamentos para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que ha pagado si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para tal receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se conoce como tomar una “decisión sobre la 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** de este *Manual del Participante*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago realizado por servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de su factura y sus recibos para guardar en sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de casos. Debe

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

enviarnos su información dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Community Advantage Plus
Member Services Department
P.O. Box 174
Imperial, CA 92251

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre el servicio, el artículo o el medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó. 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 que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual del Participante* explica las reglas para obtener cobertura para sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* explica 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 explicando los motivos. En la carta también se explican sus derechos si desea presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos la decisión. Esto se conoce como “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante*:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte el **Capítulo 9, Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso del precio de un medicamento, consulte el **Capítulo 9, Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como participante de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Su derecho a obtener servicios e información de forma que satisfaga sus necesidades	189
B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y a los medicamentos cubiertos	190
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	191
C1. Cómo protegemos su PHI	192
C2. Su derecho a consultar sus registros médicos	192
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	193
E. Incapacidad de proveedores de la red de cobrarle directamente a usted	194
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	194
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	194
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	195
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo	195
G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones	197
H. Su derecho de presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas	197
I. Sus responsabilidades como participante del plan	198

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos en cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de forma que pueda entenderla, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, tagalo, vietnamita, farsi, chino y ruso, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicio al Cliente o escriba a Community Advantage Plus, P.O. Box 174, Imperial, CA 92251.
 - Cuando se comunique con un Representante del Departamento de Servicio al Cliente, éste le preguntará qué idioma prefiere (si no es inglés) o si desea un formato alternativo.
 - Esta información se guardará en su cuenta de participante como una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones. Si en el futuro decide cambiar esta solicitud permanente por el idioma y/o formato preferido, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Si prefiere recibir todo el material, todo el tiempo, en uno de estos idiomas o en otro formato, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente e infórmeles de ello.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal en el 916-440-7370. Usuarios de TTY llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

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

Sus derechos como participante de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Participante*.
 - Llame a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente, 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 una derivación. Una derivación es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagarle la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a que se surtan sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Participante*.
- Cuando ingresa por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y las autorizaciones de servicio que tenga en ese momento durante un máximo de 12 meses si reúne determinadas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Participante*.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de casos.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* le explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También obtendrá información sobre qué puede hacer si se le niega la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo 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 con respecto a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso Sobre Prácticas de Privacidad”.

Los Participantes que consientan recibir servicios sensibles no necesitan obtener la autorización de otro participante para recibir dichos servicios ni presentar un reclamo por dichos servicios. Community Advantage Plus dirigirá las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección postal alternativa designada del participante, su dirección de correo electrónico o su número de teléfono o, en ausencia de una designación, a nombre del participante a la dirección o número de teléfono registrados. Community Advantage Plus no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro participante sin la autorización por escrito del participante que recibe atención. Community Advantage Plus 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 que hace un participante de tener comunicación confidencial en cuanto a los servicios de naturaleza sensible será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una solicitud nueva para comunicaciones confidenciales.

Para solicitar comunicación confidencial, comuníquese con Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

Salvo los casos mencionados a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le esté proporcionando atención o pagando su atención. Si lo hacemos, tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito primero. Usted, o alguien autorizado legalmente a tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

A veces no tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Debemos divulgar su PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la ley de California.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, esto se hará de conformidad con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de ellos.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decir si deben realizarse los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y de qué manera para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como participante de nuestro plan, tiene derecho a obtener información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de intérpretes para responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Este es un servicio gratuito para usted. Esta información también está disponible en otros idiomas como español, vietnamita, árabe, tagalo, chino, farsi y ruso. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre los siguientes temas, llame al Departamento de Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - nuestra clasificación por parte de participantes del plan
 - la cantidad de apelaciones realizadas por los participantes
 - cómo abandonar nuestro plan

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, lo que incluye lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
 - certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Participante*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Participante*) 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 del Participante*), lo que incluye solicitarnos que:
 - poner por escrito el por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que usted recibió

E. **Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente a usted**

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 por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante*.

F. **Su derecho a abandonar nuestro plan**

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica 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 MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este Manual del Participante:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo MA o plan de beneficios de medicamentos.
- Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Tener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- **Diga no.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda 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 se rehúsa a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento, asume toda la responsabilidad sobre lo que le suceda.
- **Preguntarnos por qué un proveedor se negó a atenderlo.** Tiene derecho a obtener información de nosotros si un proveedor le negó atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que generalmente no está cubierto.** Esto se conoce como “decisión sobre la cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que ocurra si no puede hacer decisiones de salud por sí mismo.

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, usted puede hacer lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Complete un formulario escrito **otorgando a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Proporcione a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica 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 “directiva anticipada”. Hay diferentes tipos de documentos de directiva anticipada, que reciben diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder para atención médica.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer para usar una directiva anticipada:

- **Obtener 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 proveedores por lo general tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar el formulario.
- **Complete el formulario y firmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su médico de cabecera, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** 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. Puede entregar copias a sus amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.
- Si está hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia de la misma al hospital.**
 - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo trae consigo.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Que su directiva anticipada se incluya en los registros médicos.
- Modificar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Conocer las modificaciones en las leyes de directivas anticipadas. Community Advantage Plus le informará sobre los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no una directiva anticipada. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y piensa que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante el Programa del Defensor del Pueblo. Puede llamarlos al 1-855-501-3077, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

H. Su derecho de presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas

El **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros participantes del plan presentaron contra nosotros. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

H1. Qué hacer ante tratamiento injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no se** trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Participante*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Departamento de Servicio al Cliente:
- El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el **Capítulo 2, Sección C**.
- El Defensor del Pueblo de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Participante*.

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 el documento “Derechos y Protecciones de Medicare” del sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como participante del plan

Como participante del plan, usted tiene las siguientes responsabilidades. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- **Lea este *Manual del Participante*** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Participante*. Esos capítulos le dicen 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 del Participante*.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Si tiene otra cobertura, llame al Departamento de Servicio al Cliente.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es participante de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Participante cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle 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 acuerda con sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, Medicamentos de Venta Libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de casos**, lo que incluye completar una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los participantes del plan respeten los derechos de otros. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como participante del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los participantes de Community Advantage Plus, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).

- **Díganos si se muda.** Si se está por mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser participantes de nuestro plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Participante* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se muda 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 del Participante* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y aún permanece en nuestra área de servicio, también necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de participación y saber cómo contactarlo.
 - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**
- **Infórmenos si cambia su número de teléfono** o tiene una mejor forma de contactarlo.
- **Llame a su coordinador de casos o al Departamento de Servicio al Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre el plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan indicó que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión sobre su atención tomada por su plan.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan 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 centros de enfermería (NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarte a encontrar fácilmente lo que estás buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que aplican a su situación.**

Debe obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención médica, puede llamar al Programa del Defensor del Pueblo 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 del Pueblo para que le ayude a resolver su problema. A fin de obtener recursos adicionales para responder a sus inquietudes y detalles de contacto, consulte el **Capítulo 2** del *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud	203
A1. Acerca de los términos legales	203
B. Dónde obtener ayuda	203
B1. Para obtener más información y ayuda	203
C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	205
D. Problemas con sus beneficios	205

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

E. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones	206
E1. Decisiones sobre la cobertura	206
E2. Apelaciones	207
E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones	207
E4. Qué sección de este capítulo lo ayudará	209
F. Atención médica	209
F1. Uso de esta sección	209
F2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura	210
F3. Presentar una apelación de Nivel 1	213
F4. Presentar una apelación de Nivel 2	216
F5. Problemas con el pago	223
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	225
G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare	225
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	226
G3. Cuestiones importantes que debe saber sobre las excepciones	228
G4. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	229
G5. Presentar una apelación de Nivel 1	232
G6. Presentar una apelación de Nivel 2	234
H. Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada	237
H1. Cómo obtener información sobre sus derechos de Medicare	237
H2. Presentar una apelación de Nivel 1	238
H3. Presentar una apelación de Nivel 2	241
I. Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	242
I1. Aviso adelantado antes de que finalice su cobertura	242
I2. Presentar una apelación de Nivel 1	242
I3. Presentar una apelación de Nivel 2	244

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	246
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	246
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	247
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Parte D de Medicare	247
K. Cómo presentar una queja	249
K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas	249
K2. Quejas internas	251
K3. Quejas externas	253

A. **Qué hacer si tiene un problema o inquietud**

En este capítulo se explica cómo sobrellevar los problemas y las inquietudes. El proceso que elija depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones sobre la cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, llamadas también reclamos.

A fin de garantizar la imparcialidad y prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales difíciles para algunas de las reglas y los plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, por lo que hemos utilizado palabras más simples en lugar de algunos términos legales. Usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, podríamos decir lo siguiente:

- “Presentar una queja” en lugar de “entablar un reclamo”.
- “Decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización,” “determinación de beneficio,” “determinación en riesgo” o “determinación de la cobertura”.
- “Decisión sobre la cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Saber los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con más claridad, por lo cual también se los proporcionamos.

B. **Dónde obtener ayuda**

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para solucionar un problema. Esto sucede en particular si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no cuente con la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP). Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados, y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Puede llamar al Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre cobertura de salud. Quizás puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Programa del Defensor del Pueblo 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.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

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

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

El Defensor del Pueblo de Medi-Cal Managed Care del Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS) puede ayudarle. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden ayudarlo si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor del Pueblo de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios o problemas de facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o idiomáticas pueden utilizar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-484-1412** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o apelación legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov cuenta con formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

C. **Cómo entender 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 se llama “proceso integrado” porque combina, o integra, procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En tales situaciones, usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. **Problemas con sus beneficios**

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si determinados servicios médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E, “Decisiones sobre la cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.

E. **Decisiones sobre la 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 atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica.

E1. **Decisiones sobre la cobertura**

Una decisión sobre la 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 el médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión sobre la cobertura. Usted o el médico pueden estar inseguros sobre nuestra cobertura de un servicio médico

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

particular, o si podemos llegar a rechazar la atención médica que consideran necesaria.

Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, 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 un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto para usted por Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre la cobertura ya tomada para comprobar si seguimos las reglas apropiadamente. A la apelación la manejan revisores ajenos a quienes tomaron la decisión original que no le fue favorable.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una Revisión Médica IMR al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhca.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o “rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos **No** a una parte, o a todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Departamento de Servicio al Cliente** a los números en la parte inferior de la página.
- **Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.**

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- **Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **El Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda sin costo alguno. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones relacionadas con servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o idiomáticas pueden utilizar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas con planes Medi-Cal administrados, no puede ayudar únicamente a las personas con planes Medicare ni a las que pertenecen a los siguientes sistemas de salud organizados por condados (COHS): Plan de Salud de Asociación, Plan de Salud de Gold Coast, CenCal Health, Alianza de California Central para la Salud y CalOptima. El gobierno federal regula Medicare, los planes, y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes COHS.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** 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 abogado o consiga el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de derivación. Algunas asociaciones legales le prestan servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa del Defensor del Pueblo de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el formulario “Nombramiento de Representante” si quiere que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario otorga a la persona el permiso para actuar en nombre suyo.

Llame al Departamento de Servicio al Cliente, a los números en la parte inferior de la página, y solicite el formulario “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web: www.chpiv.org www.chpiv.org. **Debe entregarnos una copia firmada del formulario.**

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

E4. Qué sección de este capítulo lo ayudará

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. En una sección aparte de este capítulo detallamos cada una. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada”
- **Sección I**, “Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos (esta sección solo corresponde a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía hospitalaria más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante* en el cuadro 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 difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica qué hacer en alguna de las siguientes situaciones:

1. Crees que cubrimos la atención médica que necesita pero no la recibe.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Tiene atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagamos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que cubríamos y ahora quiere que le reembolsemos el dinero.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o **Sección I** para obtener más información.
 - Para todas las otras situaciones sobre reducción o interrupción de su cobertura para determinada atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.
6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Usted puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Cuando una decisión sobre la cobertura afecta su atención médica, se llama “**determinación integrada de la organización**”.

Usted, su médico o su representante puede pedirnos una decisión sobre la cobertura por las siguientes vías:

- por teléfono: 1-888-484-1412, TTY: 711
- por fax: (619) 476-3834
- por escrito:

Community Advantage Plus
Member Services Department
P.O. Box 174
Imperial, CA 92251

Decisión sobre la cobertura estándar

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Cuando le informamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándares”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en:

- **5 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- dentro de **los 5 días hábiles** y no más tarde de **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.**

Decisión sobre la cobertura rápida

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

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- **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 tomar una decisión sobre la cobertura rápida, debe satisfacer dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya tiene.
- Usar los plazos estándares **podría causar un daño grave para su salud** o afectar su capacidad de funcionar.

Le informamos la decisión sobre la cobertura rápida automáticamente si el médico indica que su salud así lo exige. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión sobre la cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión sobre la cobertura rápida, le enviaremos una carta indicándolo y utilizaremos, en cambio, los plazos estándar. Esta carta le indica lo siguiente:
 - Le informamos la decisión sobre la cobertura rápida automáticamente si el médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión sobre la cobertura estándar en lugar de una decisión sobre la

cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte **la Sección K**.

Si respondemos No a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos.

- Si decimos **No**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, hacer una apelación es la manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte **la Sección F3**).

En determinadas circunstancias, podemos desestimar su solicitud de una decisión sobre la cobertura, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de situaciones en que no procesamos una solicitud incluyen:

- la solicitud está incompleta.
- alguien hace la solicitud en su nombre, pero no tiene la autorización legal para hacerlo, o
- si pide que se retire su solicitud.

Si no procesamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del despido. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se abordan en la siguiente sección.

F3. Presentando una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-888-484-1412 (TTY: 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-888-484-1412.

- Si su médico u otro médico que le receta medicamentos le solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien aparte de su médico hace una apelación por usted, incluya el formulario Nombramiento de representante, donde se autoriza a esta persona a actuar en su nombre. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web: www.chpiv.org.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:

- No procesamos su solicitud; y
- Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de no procesar su apelación.
- Usted debe presentar una apelación en el plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple el plazo y tiene una causa justificada, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Una causa justificada es, por ejemplo, una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre el plazo. Debe explicar el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presente.
- Usted 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 y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Le otorgamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo indica y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. Esta carta le indica lo siguiente:
 - Le daremos 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 interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de actuar.

- Si está en desacuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si pide una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta, o para la fecha vigente prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Revisamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizaremos con detenimiento otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando respondimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen 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.** Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos 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.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos 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.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación para la cobertura de 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 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta para esta fecha, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. 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.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como lo requiera su condición de salud y dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de 7 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 respondemos No a una parte o la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, 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 es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le informa cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informa si el servicio o artículo está cubierto por Medicare o Medi-Cal, o ambos.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones no bien finalice la apelación de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta se le explica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como 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 y una revisión médica independiente con el estado. Sin embargo, una revisión médica independiente no está disponible si ya ha presentado evidencia en una audiencia estatal.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que se apela 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 sólo 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 10 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. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que sea la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “archivo del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su archivo del caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá también una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente tendrá 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 los 30 días calendario** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de 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 la atención médica **en el plazo de 72 horas**.
 - Proporcionar el servicio dentro de **los 5 días hábiles** siguientes a que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde Sí a 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:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
 - **Dentro de las 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 atención médica. Esto se conoce como “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

- Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si quiere llevar su apelación a instancias superiores.
- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. En total son cinco niveles.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 o usted satisface los requisitos para seguir en el proceso de apelaciones, debe decidir si pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se incluyen en el aviso escrito que recibe tras su apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. Consulte **la Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 por servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia Estatal.

(1) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitarla para una Revisión Médica Independiente (IMR) del Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC realizará su propia investigación de su queja o decidirá si el caso califica para IMR. Es posible que haya una IMR disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no son parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la decisión de la IMR es favorable, debemos prestarle el servicio o el artículo que solicitó. Una IMR no tendrá ningún costo para usted.

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

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.
- Disputas sobre si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará por servicios de emergencia o urgentes de Medi-Cal que ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección L** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si está en desacuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de Representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Puede solicitar una IMR y una Audiencia Estatal, pero no se le permite asistir a una IMR si ya ha presentado evidencia en una Audiencia Estatal o ha tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo tema.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede comunicarlo inmediatamente al DMHC sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a la fecha que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como por ejemplo, si tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió de nosotros una notificación adecuada sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de IMR/Queja disponible en:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
o llame al Centro de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no los originales. El Centro de ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el Formulario de Asistente Autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtenerlo en
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
o llamando al Centro de ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el formulario de IMR/Queja y cualquier archivo adjunto al DMHC:
Presentar en línea:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx

Enviar por correo o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Dentro de los 7 días, DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, generalmente se tomará una decisión sobre una IMR dentro de los 7 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una audiencia estatal.

Una IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de usted o de su médico tratante. Si utiliza un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus registros médicos de los doctores que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas de consumidores. Su queja debe resolverse en el plazo de 30 días calendario desde la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor le solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos 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, **usted 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 modificará o interrumpirá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si quiere seguir recibiendo el servicio mientras su audiencia estatal está en curso. Lea “¿Continuarán mis prestaciones durante las apelaciones de nivel 2?” en la página para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de audiencia estatal” que se encuentra en la parte posterior del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, nombre del plan o condado que actuó en su contra, el (los) programa(s) de ayuda involucrados y un motivo detallado por el cual quiere una audiencia. Luego, puede enviar su solicitud de una de estas maneras:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, tenga en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas. Debes presentar la apelación de Nivel 2 tú mismo.

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 su decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales responde que **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se conoce como “ratificar 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 solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Un ALJ o 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.

F5. Problemas con el pago

No permitimos que nuestros proveedores de red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si lo que le pagamos al proveedor es menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le debería solicitar que pague es el copago por *las categorías de medicamentos que requieren un copago*.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura usted mismo. 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 del Participante*. Describe situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos un pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagaste está cubierto y si seguiste todas las reglas para usar tu 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 dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Si enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de decisión sobre la 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**. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la 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 los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en el plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se conoce como “ratificar 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 respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare:

Sus beneficios como participante de nuestro plan incluyen cobertura para 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 quizá si lo haga Medi-Cal. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “Medicamento de Medicare Parte D” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso de la **Sección E**.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o contar con el respaldo de determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre una 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:

- Nos solicita una excepción, por ejemplo:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - Exceptuar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos del plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le informa que no es posible surtir su receta como está indicada, le da un aviso escrito en el que se le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esto se conoce como solicitar una decisión sobre la cobertura con respecto al pago.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Si está en desacuerdo con una decisión sobre la cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que hagamos una excepción a una regla o restricción sobre un medicamento cubierto.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación con anticipación) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya compró y pagó.	Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).	Puede pedirnos una decisión sobre la cobertura.	Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos la decisión).
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que desearía, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otra persona que receta necesitan explicar los motivos médicos por los cuales necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o la eliminación de una restricción para un medicamento suele llamarse pedir una **“excepción del formulario”**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Aquí presentamos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden pedir que hagamos:

1. Cubrir 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.
- No se hace excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información).
- Las reglas y las restricciones adicionales para determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - Tener que usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (PA)”.
 - Tener que probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. En ocasiones, esto se conoce como “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones en cuanto a la cantidad a la que puede acceder.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto de copago requerido.

- Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su condición médica está en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido del medicamento alternativo.. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de productos biológicos para su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de marca para su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido para el nivel más bajo, ya sea para alternativas de marca o genéricas para su condición.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel de especialidad, Nivel 5.
- 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. Cuestiones importantes que debe saber sobre las excepciones

Su médico u otra persona que receta deben informarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que receta cuando pida la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estos se denominan 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 sean propensos a causar una reacción adversa u otro daño.

Responderemos Sí o No a su solicitud.

- Si respondemos **Sí** a su pedido de una excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto sucede siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y que el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos **que no**.

En esta sección, se le informa cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-888-484-1412, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona que receta) o alguien más que actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede solicitar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita darle a su médico u otra persona que receta un permiso por escrito para que solicite una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso del precio de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Participante*.
- Si pide una excepción, entréguenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otra persona que receta para solicitar una excepción.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión sobre la cobertura rápida”.

Utilizamos los “plazos estándares”, a menos que hayamos acordado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión sobre la cobertura estándar** significa que recibe una respuesta en el plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión sobre la cobertura rápida** significa que recibe una respuesta en el plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

Una “decisión sobre la cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura acelerada**.”

Puede obtener una decisión sobre la cobertura rápida si:

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Es un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su solicitud o capacidad de funcionar se vería gravemente perjudicada si usáramos los plazos estándares.

Si su médico u otro médico que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud según el tiempo disponible para la decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro médico que le receta medicamentos, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta que le indica que utilizaremos la fecha límite estándar. La carta también le informa cómo presentar una apelación sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en el plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión sobre la cobertura rápida

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en el plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta en el plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con este 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 respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, otorgamos la cobertura en el plazo de 24 horas después de haber recibido su apelación o la declaración de respaldo de su médico.
- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos. En la carta también se explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión sobre la cobertura estándar por un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le damos una respuesta en el plazo de 72 horas después de haber

recibido la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, otorgamos la cobertura en el plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos. En la carta también se explica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión sobre la cobertura estándar por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le reembolsamos en el plazo de 14 días calendario.
- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos. En la carta también se explica cómo puede presentar una apelación.

G5. Presentando una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-888-484-1412, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe presentar una apelación **en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple el plazo y tiene una causa justificada, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Una causa justificada es, por ejemplo, una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre el plazo. Debe explicar el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presente.

- Usted 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 llama “**nueva determinación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otra persona que receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión sobre la cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Revisamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando respondimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otra persona que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
 - Le damos nuestra respuesta antes si su salud lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos darle la cobertura que acordamos brindar en el plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos y cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación para un medicamento que no recibió.
- Le informamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo exige. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó:

- Debemos **darle la cobertura** que acordamos brindar apenas su salud lo requiera, pero no después de **7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que ya compró **en el plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó:

- Le enviamos una carta donde se explican los motivos y cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre su reembolso por un medicamento que ya compró **en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si respondemos **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos reembolsarlo en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta donde se explican los motivos y cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos **No** a su apelación de Nivel 1, puede elegir si acepta esa decisión o presenta otra apelación. Si decide presentar otra apelación, recurra al proceso de apelaciones para la apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos decidir otra cosa.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **“Entidad de Revisión Independiente”**, a veces llamada **“IRE”**.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro médico prescriptor 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. En las indicaciones se le instruye cómo presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo ponerse en contacto con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama “archivo del caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su archivo del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente, llame al 1-888-484-1412.
- 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 el IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si está de acuerdo en otorgarle una apelación rápida, debe enviarle una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si dicen **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos proporcionar 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:

- **en el plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación para un medicamento que no recibió.
- **en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación para el reembolso por un medicamento que ya compró.

Si la IRO responde **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.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- 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. Esto se conoce como “ratificar 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 con un valor mínimo en dólares. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita es menor al mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En tal caso, la decisión sobre la apelación de Nivel 2 es final. 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 monetario de su solicitud cumple con los requisitos, usted elige si quiere llevar su apelación a instancias superiores.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO responde **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si quiere 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 abogado adjudicador maneja Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

H. **Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada**

Cuando lo internan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante*.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted a fin de que pueda prepararse para el día en que le den el alta del hospital. También lo ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día que se va del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o está preocupado por la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección, se le informa cómo hacerlo.

Sin perjuicio de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al 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 de la apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

H1. Cómo obtener información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días después de haber sido internado en el hospital, un encargado de casos o miembro del personal de enfermería le entregará un aviso 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 admitidas en un hospital.

Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** atentamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente de hospital, incluidos los derechos para lo siguiente:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante su estancia hospitalaria y después de esta. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estancia hospitalaria.
 - Saber dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si considera que se le está dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso **solo** muestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepta la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta del hospital, recibirá otra copia antes del alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si hace lo siguiente:

- Llamar al Departamento de Servicio al Cliente a los números en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentando 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 (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

El QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, el QIO es Commence Health. Llámelos al 1-877-588-1123. Usuarios de TTY llamar al 711. La información de contacto también está en el aviso “Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame al QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión del QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para la Mejora de la Calidad no escucha su solicitud de continuar su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento:

- Llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con el QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores del QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores consultan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día siguiente de 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 cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso de Alta Detallado**”. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicio al Cliente 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). Puede consultar también una muestra de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesita, el QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Consideran que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día siguiente a que el QIO le dé su respuesta a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que el QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si el QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y usted permanece 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 al 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 el QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de QIO:

- Volver a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarle su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario de haber recibido 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 brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Están de acuerdo en su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta donde se explica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar su estancia hospitalaria. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una revisión médica independiente.

Un ALJ o abogado adjudicador maneja Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

I. **Solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos**

En esta sección se aborda solo tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica en el hogar.
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Generalmente, esto quiere decir que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno, debemos informarle **antes** de que finalice. Cuando finaliza la cobertura de ese servicio, dejamos de pagar por tal.

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le informa cómo presentar una apelación.

I1. Aviso adelantado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito de que tendrá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Este se 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 deben firmar el aviso para indicar que lo recibieron. La firma del aviso **solo** muestra que recibió la información. El hecho de firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentando una Apelación de Nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Debe comprender y cumplir los plazos vigentes para las tareas que debe realizar. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento:
 - Llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números en la parte inferior de la página.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Póngase en contacto con el QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre el QIO y cómo contactarlos.
 - Pídale que revise su apelación y estipule si modifica la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una apelación rápida.** Pregúntele al QIO si es médicamente apropiado que finalicemos 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.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad no escucha su solicitud de continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja y solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una revisión médica independiente.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede obtener una copia por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

¿Qué sucede durante la apelación rápida?

- Los revisores del QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores consultan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Nuestro plan le envía un aviso por escrito donde se explican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso para el final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

- Los revisores dan a conocer su decisión dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención el día que se indica en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención usted mismo si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted solicita al 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 el QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de QIO:

- Volver a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarle su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos cobertura para el cuidado 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 dan una carta donde se explica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para saber cómo solicitarle al DMHC una revisión médica independiente. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC además de la apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

Un ALJ o abogado adjudicador maneja Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

J. **Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2**

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá apelar más. Si el valor monetario es suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO 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 un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador 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 enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos, si los hay. Podemos

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

esperar para la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.

- Si resolvemos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de conocer la decisión del ALJ o del abogado mediador.

Si el ALJ o el abogado mediador responde **No** a su apelación, no necesariamente es el fin del proceso de apelaciones.

- Si resuelve **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si resuelve **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel en el proceso de revisión. En el aviso que obtiene se le informará 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 la Apelación de Nivel 3 en favor de usted, tenemos el derecho de presentar una apelación de Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si resolvemos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de conocer la decisión del Consejo.

Si el Consejo responde **No** o rechaza nuestra revisión, no necesariamente es el fin del proceso de apelaciones.

- Si resuelve **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si resuelve **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel en el proceso de revisión. En el aviso que obtiene se le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal generalmente cubren. 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 adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló satisface un determinado monto mínimo, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. En la respuesta escrita que recibe para su Apelación de Nivel 2 se explica cómo comunicarse y qué hacer para una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador responde **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura del medicamento aprobada en el plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o hacer el pago antes de los 30 días calendarios después de que tomamos conocimiento de la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador responde **No** a su apelación, no necesariamente es el fin del proceso de apelaciones.

- Si resuelve **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si resuelve **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel en el proceso de revisión. En el aviso que obtiene se le informará 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 responde **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura del medicamento aprobada en el plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada) o hacer

el pago antes de los 30 días calendarios después de que tomamos conocimiento de la decisión.

Si el Consejo responde **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 resuelve **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel en el proceso de revisión. En el aviso que obtiene se le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser objeto de quejas

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, tales como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Aquí presentamos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otra conducta negativa	• Un proveedor de atención médica o el personal fue maleducado o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • ¿Cree que le están excluyendo de nuestro plan?

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia de idiomas	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene dificultad para obtener una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla. • Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicio al Cliente u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Piensas que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que brindamos	• Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Plazos vinculados con decisiones sobre la cobertura o apelaciones	• Considera que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación. • Considera que, después de obtener una cobertura o decisión sobre una apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o brindar el servicio o reembolsarle determinados servicios médicos. • ¿Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo?

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan, el cual la revisa. Una queja externa se presenta

ante una organización que no está relacionada con nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para realizar una queja interna y/o externa, puede llamar al 1-888-484-1412.

El término legal para una “queja” es un “**reclamo**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**presentar un reclamo**”.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-484-1412. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de 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 sobre el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicio al Cliente se lo informará.
- También puede redactar su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si tiene preguntas**, llame al Plan Community Advantage Plus (HMO DSNP) al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.
- Es importante que nos informe lo antes posible si no está satisfecho con nuestros servicios. Usted (o su representante designado) puede presentar una queja sobre el evento o incidente en cualquier momento o dentro de los 60 días calendario si la queja está relacionada con la Parte D de Medicare. Puede hacerlo de forma oral llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente sin cargo al 1-888-484-1412 (TTY: 711) o puede enviarnos una queja por escrito. Puede enviar el reclamo por escrito por correo a la siguiente dirección:

Community Advantage Plus
Appeals Supervisor
P.O. Box 174
Imperial, CA 92251

Existen dos tipos de reclamaciones que puede solicitar:

- **Queja Acelerada (Rápida) (24 horas):** Usted, cualquier médico o su representante designado puede solicitar una queja rápida si no está de acuerdo con la decisión de Community Advantage Plus de no brindarle una decisión rápida sobre un problema de atención médica, o si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar una extensión de tiempo en una decisión inicial o apelación.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Community Advantage Plus responderá a este tipo de queja por teléfono, dentro de las 24 horas desde el momento en que recibamos su queja, y recibirá una carta escrita dentro de los tres días calendario.

- **Queja Estándar (30 días)** es cualquier otro tipo de queja. Community Advantage Plus debe responderle rápidamente según lo requiera su condición médica, pero no más tarde de 30 días calendario después de recibir su queja.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, responderemos de inmediato. Si nos llama por 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 la mayoría de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionamos una actualización del estado y un tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión sobre la cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en el plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque demoramos mucho tiempo para tomar una decisión sobre la cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en el plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o toda su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar o enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante Community Advantage Plus antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma con seriedad sus quejas y utiliza esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

Puede presentar una queja ante el Defensor del Pueblo de Medi-Cal Managed Care del Departamento de Servicios de Atención Sanitaria de California (DHCS) llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de ayuda del DMHC para obtener asistencia con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que involucra un problema urgente o que implica una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Estas son dos maneras de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del idioma pueden utilizar el número gratuito de TTY: 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) OCR si considera que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados y la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR en:

Michael Leoz, Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de Respuesta al Cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD (800) 537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov
Sitio web: <https://www.hhs.gov/ocr/about-us/contact-us/index.html>

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y bajo el Código Civil de California, Secciones 54 a 55.2. Puede ponerse en contacto con el Programa del Defensor del Pueblo para obtener ayuda. El número de teléfono es el 1-855-501-3077.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente al QIO.
- Puede presentar su queja ante el QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante el QIO, trabajaremos con ellos para resolverla.

El QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre el QIO, consulte **la Sección H2** o consulte **el Capítulo 2** de este *Manual del Participante*.

En California, el QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123.

Capítulo 10: Cómo finalizar su participación en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede finalizar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que abandona nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá en los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan	258
B. Cómo finalizar la membresía en nuestro plan	259
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	260
C1. Sus servicios de Medicare	260
C2. Sus servicios de Medi-Cal	264
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	265
E. Otras situaciones cuando finaliza su participación en nuestro plan	265
F. Reglas que impiden solicitarle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud	266
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan	267
H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan	267

A. **Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan**

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su participación durante ciertas épocas del año. Ya que tiene Medi-Cal,

- tiene algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Periodo de Inscripción Abierta**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que 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 cambió, o
- si se mudó recientemente, actualmente recibe atención médica o acaba de salir de un centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su participación finaliza el último día del mes en el que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del próximo mes (en el ejemplo, el 1 de febrero).

Si abandona 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 finalizar su participación llamando al:

- Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página. También aparece el número para usuarios de TTY.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Opciones de atención médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor del Pueblo de Medi-Cal Managed Care, llamando al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o por correo electrónico a MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de control de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. **Cómo finalizar la membresía en nuestro plan**

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare separado, debe solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en el cuadro de la página .
- Llame a Opciones de atención médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- En la **Sección C**, a continuación, se incluyen los pasos que puede tomar para inscribirse en un plan distinto, lo que también finalizará su participación en nuestro plan.

C. **Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado**

Cuenta con opciones para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal si opta por abandonar nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.chpiv.org.

C1. Sus Servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se detalla a continuación durante ciertas épocas del año, como el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Un plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Está dirigido a personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica. Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre que se le da a los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) 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 consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.
---	--

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

2. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado y un plan 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, haga lo siguiente: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Será cancelado automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
---	--

3. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no desea unirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas respecto a si necesita una cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	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, haga lo siguiente: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. Será cancelado automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
---	---

4. Puede cambiar su plan por lo siguiente: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de 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 consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 hallar una oficina local de HICAP en su zona, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
---	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su participación finalice y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, usted

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de red para recibir atención médica.
- Use nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros de servicios de farmacias con envío por correo, para obtener sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Community Advantage Plus, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. **Otras situaciones cuando finaliza su participación en nuestro plan**

Estos son los casos en los que debemos finalizar su participación en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte la información a continuación sobre el período de consideración. Si pierde su Medi-Cal, el plan le brindará tres meses de cobertura para permitirle volver a solicitarlo y recuperar su elegibilidad para Medi-Cal. Si no recupera con éxito su elegibilidad para Medi-Cal dentro de los tres meses, el plan cancelará su inscripción.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si estará fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o donde viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel o la prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para participar en nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo participante sobre esta base.
 - Debemos anular su inscripción si no cumple con este requisito.

Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage y la Parte D. Durante este período, continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente. Sin embargo, no pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado de otra manera sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Podemos exigirle que abandone nuestro plan por los siguientes motivos solo si obtenemos primero el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de una manera que resulta disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros participantes de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su Tarjeta de Identificación de Participante para obtener atención médica. (Si finalizamos su participación por este motivo, es posible que Medicare le solicite al inspector general que investigue su caso).

F. Reglas que impiden solicitarle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos solicitando que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su participación en nuestro plan

Si finalizamos su participación en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para cancelar su participación. También debemos explicar cómo puede presentar un

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su participación. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Participante* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. **Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan**

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su participación en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Participante*.

Tabla de Contenido

A. Aviso sobre las leyes	269
B. Aviso federal sobre no discriminación	269
C. Aviso sobre la no discriminación en Medi-Cal	269
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	271
E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal	271

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Participante*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no están incluidas o explicadas en este *Manual del Participante*. Las leyes principales que se aplican son leyes federales y estatales relacionadas con los programas Medicare y Medi-Cal. También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso federal sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el tratamiento injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener información.

C. Aviso sobre la no discriminación en Medi-Cal

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a personas ni las tratamos de forma diferente debido a su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el tratamiento injusto:

- Llame al Departamento de Servicios de Atención Médica, Oficina de Derechos Civiles, al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.

presentar una queja por discriminación, comuníquese con el Coordinador de Quejas por Discriminación de Community Advantage Plus. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de quejas por discriminación de Community Advantage Plus las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-888-484-1412. O, si no puede oír o hablar bien, llame al TTY: 1-888-671-3262 o 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** Llene un formulario de quejas o envíe una carta a:

Community Advantage Plus
Attn: Corporate Quality Discrimination Grievance Coordinator
P.O. Box 174
Imperial, CA 92251
- **En persona:** Visite el consultorio de su médico o Community Health Plan of Imperial Valley y diga que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web del Plan de Salud Comunitario del Valle Imperial en www.chpiv.org.

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Formularios de quejas disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicio al Cliente. Si tiene una queja, por

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

ejemplo, un problema con el acceso con silla de ruedas, el Departamento de Servicio al Cliente puede ayudar.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

Algunas veces, alguien más debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente en automóvil o si se lesiona en el trabajo, primero se realizará el pago mediante el seguro o una indemnización del trabajador.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y normas estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica que se prestan a los participantes. Adoptamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los participantes de Medi-Cal deben utilizar todas las demás coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario del OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otro OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de su 55° cumpleaños a través de los patrimonios testamentarios de ciertos participantes fallecidos. El reembolso incluye pagos por servicio prestado y primas de atención administrada/pagos por capitación por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el participante estaba internado en un centro de enfermería o recibía servicios en el hogar y en la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio sucesorio de un participante.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

Capítulo 12: Definiciones y palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo este *Manual del Participante* junto con sus definiciones. Los términos están en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (ADL): Lo que hacen las personas en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) es un juez que escucha y decide casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida.

Centro de cirugías ambulatorias: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una manera de que usted cuestione nuestra actuación si considera que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura presentando una apelación. El Capítulo 9 de este *Manual del Participante* explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud Mental y Conductual: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: Se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término integral que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias.

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 se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un medicamento biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Ir a “Biosimilares Intercambiables”).

Medicamentos de marca: Un medicamento elaborado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Plan de atención: Consulte el “Plan de Atención Individualizado.”

Equipo de atención: Consulte el “Equipo de Atención Interdisciplinario”.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Coordinador de Casos (Case manager): Una de las principales personas que trabaja con usted, con el plan de salud y con nuestros proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare donde nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta fin de año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. No paga nada. Es posible que tenga que compartir los costos de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 de este *Manual del Participante* explica cómo comunicarse con CMS.

Servicios Comunitarios Para Adultos (CBAS): Programa de servicios ambulatorios en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los participantes elegibles que cumplen los criterios de elegibilidad aplicables.

Queja: Una afirmación por escrito o verbal en la que informa que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye las inquietudes sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar queja” es “interponer un reclamo”.

Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Proporciona diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costo compartido: Cantidades que debe pagar cuando obtiene determinados medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Drug List*) está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Decisión sobre la cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 de este *Manual del Participante* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda una instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Tarifa diaria de costo compartido: Una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le prescribe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes.

He aquí un ejemplo: Digamos que, el copago para su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1,35. Esto significa que, la cantidad que usted paga por su medicamento es menos de \$0,05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total menor a \$0.35.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento de estado de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento de estado de California responsable de regular la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y las quejas sobre servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su participación en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (no es su elección).

Programa de gestión de medicamentos (PGD): Un programa que ayuda a garantizar que los participantes utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

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 6 niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Equipo médico duradero (DME): Determinados artículos indicados por un médico para que los use en su casa. Algunos ejemplos son las sillas de ruedas, las muletas, los colchones con sistema electrónico, los suministros para diabéticos, las camas hospitalarias cuyo uso en el hogar ha sido indicado por un proveedor, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipos e insumos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos suministrados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y que son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud mental y conductual.

Excepción: Un permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Servicios Excluidos (Excluded services): Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional (Extra Help): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Este programa también se conoce como “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS” (Low-Income Subsidy).

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos componentes que un medicamento de marca. Generalmente, es más económico y actúa de la misma manera que el medicamento de marca.

Reclamo: Una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye quejas sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio que proporciona nuestro plan.

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP): Un programa que brinda información gratuita y objetiva y asesoramiento sobre Medicare. El Capítulo 2 de este Manual del Participante explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Cuenta, además, con coordinadores de casos y equipos de atención médica para ayudarlo a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de sus antecedentes médicos y estado actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo este podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, por ejemplo, ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia para actuar como enfermeros ni proporcionan terapia.

Hospicio (Hospice): Un programa de cuidados y apoyo para ayudar a que las personas que tienen un pronóstico terminal vivan cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Un participante que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo específicamente capacitado de profesionales y cuidadores brindan atención integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que nuestro monto compartido de costos por los servicios. Si recibe facturas que no comprende, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS): El Programa 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. IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares de ancianos o las instalaciones de alojamiento y cuidado. Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compras de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de intestinos y vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran IHSS.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médicos, puede presentar una apelación. Si está en desacuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros de DME y

medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no son parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es favorable, debemos brindarle el servicio o el tratamiento que solicitó. Una IMR no tendrá ningún costo para usted.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de 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 cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de Revisión Independiente.

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud mental y conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapas de cobertura inicial: La etapa anterior a que sus gastos totales de medicamentos de Medicare Parte D alcancen los \$2,100. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando llena su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está internado formalmente, es posible que lo consideren un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Equipo de Atención Interdisciplinario (ICT o Equipo de Atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que lo ayudan a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a crear un plan de atención.

D-SNP Integrado: Un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le informa si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, se llama "Formulario" a la Lista de Medicamentos.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a

permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios comunitarios para adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Farmacias de Pedido por Correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo, con el cual se puede enviar directamente a su casa un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados. Puede ser una forma rentable y conveniente de surtir recetas que toma con regularidad.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por sus servicios y apoyos a largo plazo y sus costos médicos.
- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipos médicos y transporte. Los beneficios de Medicare se prestan por separado.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid del Estado de California.

Medicamento necesario: Este término describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le impiden ingresar a un hospital o centro de enfermería. También incluye los servicios, los suministros y los medicamentos que responden a los estándares aceptados de la medicina.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare Original o 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 MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Persona inscrita en Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un beneficiario de Medicare-Medicaid también se le denomina “individuo doblemente elegible”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la atención en un hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidados paliativos que se consideran médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas con el médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” en forma abreviada. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

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. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Manejo de la terapia con medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.chpiv.org.

Plan Medi-Medi: Un plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Está dirigido a personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Participante (participante de nuestro plan o participante del plan): Una persona con Medicare y Medi-Cal que califica para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Manual del Participante e Información de Divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como participante de nuestro plan.

Departamento de Servicio al Cliente: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre participación, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre el Departamento de Servicio al Cliente.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que ha aceptado surtir recetas para los participantes de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo cubrimos sus recetas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedores de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, el personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los participantes un monto adicional.
- Mientras sea participante en nuestro plan, debe recurrir a proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se conocen como “proveedores del plan”.

Residencia o centro de ancianos: Un centro que brinda atención a personas que no pueden recibirla en casa pero que no necesitan estar en el hospital.

Ombudsman: Una oficina del estado que trabaja como su defensor. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja y lo ayuda a entender lo que debe hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Participante*.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación organizacional 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 sobre la cobertura”. **El Capítulo 9** de este *Manual del Participante* explica las decisiones de cobertura.

Producto Biológico Original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare con tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Dentro de Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos establecidos por el congreso.

- Puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los participantes de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es un empleado, que no es de nuestra propiedad, ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los participantes de nuestro plan. **El Capítulo 3** de este *Manual del Participante* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Costos de bolsillo: El requisito de compartir los costos para que los participantes paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo “de bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” más arriba.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los Medicamentos de Venta Libre son los que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información de salud personal (también llamada “información de salud Protegida”) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas con el médico y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad para obtener más información sobre la manera en que protegemos, usamos y divulgamos su PHI, además de sus derechos con respecto a su PHI.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que consulta en primer lugar para resolver la mayoría de sus problemas de salud. Garantizan que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse sano.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a estos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe usar su proveedor de atención primaria antes de cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Participante* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Una aprobación de nosotros que debe obtener antes de que reciba un servicio o medicamento específico o consulte a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y Ortopedia: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello,

participantes artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para personas con Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Participante* para obtener información sobre el QIO.

Límites de cantidad: Un límite a la cantidad que puede obtener de un medicamento. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre medicamentos cubiertos y beneficios específicos para cada afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación (Referral): Una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra para utilizar un proveedor diferente a su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para ver a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Participante*.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene como ayuda para recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios sensibles (Sensitive services): Servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por uso de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Área de servicio: Un área geográfica en la cual un plan de salud acepta participantes si limita su participación sobre la base del domicilio. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede utilizar, hace derivación en forma general al área donde puede obtener servicios de rutina (no urgentes). Sólo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Costo compartido: La parte de sus costos de atención médica que quizá deba pagar cada mes antes de que entren en vigor sus beneficios. El monto del costo compartido varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipos para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan diariamente en forma continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar el personal de enfermería o un médico.

Especialista: Un médico que trata ciertos tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos rotos; un alergólogo trata las alergias; y un cardiólogo trata los problemas del corazón. En la mayoría de los casos, un participante necesitará una derivación de su médico de cabecera para acudir a un especialista.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Participante* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos o si dejaremos de pagar un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la decisión de la Audiencia Estatal es favorable para usted, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de la cobertura que exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia Atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una condición no vista, pero no es una emergencia médica).

Departamento de Servicio al Cliente de Community Advantage Plus

LLAME AL	1-888-484-1412 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO POSTAL	Community Advantage Plus P.O. Box 174 Imperial, CA 92251
SITIO WEB	www.chpiv.org

Si tiene preguntas, llame a Community Advantage Plus al 1-888-484-1412 (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.chpiv.org.