

# ***Manual del Afiliado* del Plan de Health Net Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid)**

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

## **Su cobertura de salud y medicamentos conforme a Health Net Cal MediConnect**

### **Introducción al *Manual del Afiliado***

En este manual, se detalla su cobertura conforme a Health Net Cal MediConnect hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios y el apoyo a largo plazo. Los servicios y el apoyo a largo plazo le permiten quedarse en su casa en vez de ir a un hospital o a una casa de reposo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

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

Health Net Community Solutions, Inc. ofrece este plan, Cal MediConnect. En este *Manual del Afiliado*, “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Utilizaremos las palabras “el plan” o “nuestro plan” para referirnos al Plan Health Net Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid).

**ATENCIÓN:** Si habla árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, tiene servicios de asistencia de idiomas sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

CA2CNCEOC76959S\_0001

H3237\_001

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

■ **تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاستشارة في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية.**

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

■ **ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាភតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំព្ទបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។**

- 請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午8點到下午8點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

■ **توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می یابند. با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- 알림: 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия TTY: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.  
Звонок бесплатный.
- ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- XIN LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

En el Plan Health Net Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección.

Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

**Manual del Afiliado de Health Net Cal MediConnect para 2022****Índice**

<b>Capítulo 1: Comenzar como afiliado .....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos .....</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo 4: Tabla de Beneficios.....</b>	<b>67</b>
<b>Capítulo 5: Cómo los pacientes ambulatorios pueden obtener los medicamentos que requieren receta médica a través del plan.....</b>	<b>127</b>
<b>Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medi-Cal .....</b>	<b>149</b>
<b>Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>161</b>
<b>Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>167</b>
<b>Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>	<b>201</b>
<b>Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect .....</b>	<b>258</b>
<b>Capítulo 11: Avisos legales .....</b>	<b>267</b>
<b>Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>271</b>

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Descargo de responsabilidad

- ❖ Health Net Community Solutions, Inc., es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarles beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Health Net Cal MediConnect, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios al Afiliado o consulte el Manual del Afiliado para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura de Health Net Cal MediConnect es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

# Capítulo 1: Comenzar como afiliado

---

## Introducción

En este capítulo se incluye información sobre Health Net Cal MediConnect, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medi-Cal, y su afiliación al plan. También se explica qué debe esperar y qué información adicional recibirá de Health Net Cal MediConnect. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

## Índice

A. Bienvenido a Health Net Cal MediConnect.....	8
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	9
B1. Medicare .....	9
B2. Medi-Cal .....	9
C. Ventajas de este plan.....	10
D. Área de servicio de Health Net Cal MediConnect.....	11
E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan .....	12
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez .....	12
G. El equipo de atención y el plan de atención.....	13
G1. Equipo de atención.....	13
G2. Plan de atención.....	14
H. Prima mensual del plan Health Net Cal MediConnect .....	14
I. <i>Manual del Afiliado</i> .....	14
J. Información adicional que le enviaremos .....	15
J1. Tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect.....	15
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i> .....	16
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> .....	17
J4. <i>Explicación de Beneficios</i> .....	17
K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación.....	18
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI) .....	18

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Bienvenido a Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect es un plan Cal MediConnect. Un plan Cal MediConnect es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a coordinar servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Health Net Cal MediConnect fue aprobado por el estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para brindarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración, supervisado en conjunto por California y el Gobierno federal, para prestar una mejor atención a las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. En el marco de esta demostración, el estado y el Gobierno federal quieren probar nuevas formas para mejorar el modo en que usted recibe sus servicios de Medicare y Medi-Cal.

### Usted puede confiar en nuestra experiencia

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

En Health Net ayudamos a más de un millón de personas que cuentan con Medicare y Medi-Cal a recibir los servicios que necesitan. Para lograrlo, ofrecemos un mejor acceso a sus beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal. También ofrecemos muchas otras cosas:

- Nos enorgullecemos de brindarle un excelente servicio al cliente, ya que le prestamos una atención especializada, positiva y personalizada como nuestro afiliado. Nuestro personal capacitado del Departamento de Servicios al Afiliado no lo hará esperar; además, maneja varios idiomas a través de los servicios de interpretación. Le brindaremos un servicio de asistencia personalizada para ayudarlo a orientarse en sus beneficios como lo haríamos con nuestra propia familia; esto le dará rápidamente las respuestas que necesita para acceder a la atención.
- Hemos construido redes de médicos de alta calidad durante casi 25 años. Los médicos y especialistas de nuestra red Cal MediConnect trabajan juntos en grupos médicos para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita, cuando la necesita.
- Su comunidad es nuestra comunidad. Somos una compañía del sur de California, de modo que nuestros empleados viven en el mismo lugar que usted. Apoyamos a las comunidades locales a través de lo siguiente:
  - Exámenes de salud en eventos locales de salud y centros comunitarios.
  - Clases de educación para la salud sin costo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).





---

## B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

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

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal. Medi-Cal ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- cuál es el costo de los servicios.

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

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

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

En el caso de que nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su derecho a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal, incluidos los medicamentos que requieren receta médica, a través de Health Net Cal MediConnect. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Con Health Net Cal MediConnect podrá aprovechar al máximo sus beneficios de Medicare y de Medi-Cal. Las siguientes son algunas ventajas:

- Podrá usar un **único** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluir cuidadores, médicos, enfermeros, asesores, otros profesionales de la salud y a usted.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Esa es la persona que trabaja con usted, con Health Net Cal MediConnect y con su equipo de atención para elaborar un plan de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- El equipo de atención y el coordinador de atención trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención ayudará a coordinar los servicios que usted necesita. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que este equipo puede hacer:
  - Se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para que puedan estar seguros de que está tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
  - Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## D. Área de servicio de Health Net Cal MediConnect

Nuestra área de servicio incluye el condado de Los Ángeles en California, con la excepción del código postal 94704.

Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Health Net Cal MediConnect.

**Si se muda fuera del área de servicio**, ya no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección K, página 199, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio. Tendrá que comunicarse con el asesor de requisitos de su condado local por los siguientes medios:

<b>POR TELÉFONO</b>	<p><u>Línea gratuita local:</u> 1-866-613-3777</p> <p><u>Línea gratuita a nivel estatal:</u> 1-800-541-5555</p> <p>La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
<b>POR CORREO</b>	<p>Consulte las páginas blancas de la guía telefónica bajo el título "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) para saber dónde se encuentra la oficina de servicios sociales más cercana.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://dps.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html">http://dps.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html</a></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

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

- Vive en nuestra área de servicio.
- Tiene 21 años o más en el momento de la inscripción.
- Tiene Medicare Part A y Medicare Part B.
- Actualmente debe reunir los requisitos para Medi-Cal y recibir todos los beneficios de Medi-Cal; eso incluye a las siguientes personas:
  - Aquellas que cumplen con las disposiciones de costo compartido que se mencionan a continuación:
  - Residentes en un centro de enfermería con una parte del costo.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos.

Es posible que su condado establezca requisitos adicionales. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere obtener más información.

---

## F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez

Cuando se inscribe en el plan por primera vez, usted recibe una evaluación de riesgo de salud dentro de los primeros 45 a 90 días, según su estado de salud (es decir, si es una persona con alto o con bajo riesgo).

Estamos obligados hacerle una evaluación de riesgo de salud. Esta evaluación es la base para elaborar su plan de atención personalizado. Incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales, de servicios y apoyo a largo plazo, y de salud del comportamiento.

Nos comunicaremos con usted para completar la evaluación de riesgo de salud. La evaluación puede realizarse en una visita en persona, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información acerca de la evaluación de riesgo de salud.

**Si Health Net Cal MediConnect es nuevo para usted**, puede seguir acudiendo a sus médicos actuales durante un período determinado. Usted puede mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales durante hasta 12 meses desde el momento en que se inscribe, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan directamente que siga acudiendo a su proveedor actual.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Podemos determinar que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o un especialista, con algunas excepciones. Una relación existente significa que usted visitó a un proveedor fuera de la red, al menos, una vez para una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en Health Net Cal MediConnect.
  - Para determinar si hay una relación existente, revisaremos la información médica que tengamos disponible o la que usted nos brinde.
  - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión en menos tiempo y, en ese caso, debemos responder en 15 días.
  - Tenemos un plazo de 3 días calendario para responder a su solicitud si existe un riesgo de que se vea perjudicado debido a una interrupción en su atención.
  - Usted o su proveedor deben presentar documentación que demuestre que hay una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realice la solicitud.

**Nota:** Esta solicitud **no puede** realizarse para proveedores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), transporte, otros servicios auxiliares o servicios que no se incluyen en Cal MediConnect.

Cuando finalice *el período de continuidad de la atención*, tendrá que acudir a médicos y a otros proveedores de la red de Health Net Cal MediConnect *que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria*, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Usted deberá elegir un grupo médico contratante de nuestra red cuando se inscriba en nuestro plan. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan. También deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de este grupo médico contratante. Si no elige un grupo médico y un proveedor de atención primaria contratante, le asignaremos uno. Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 46, para obtener más información sobre cómo obtener atención.

---

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

### G1. Equipo de atención

¿Necesita ayuda para obtener la atención que necesita? El equipo de atención puede ayudarlo. Este equipo puede incluir a su médico, a un coordinador de atención o a otro profesional de la salud que usted elija.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a coordinar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en Health Net Cal MediConnect. Esta persona también lo remitirá a recursos comunitarios si Health Net Cal MediConnect no brinda los servicios que usted necesita.

Puede llamarnos al 1-855-464-3571 (TTY: 711) para solicitar un equipo de atención. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. La llamada es gratuita. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención. El plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo los recibirá. Incluye sus necesidades médicas, de servicios de salud del comportamiento y de servicios y apoyo a largo plazo. Su plan de atención estará diseñado solo para usted y sus necesidades.

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

- Sus metas de atención de salud.
- Un cronograma que indique cuándo debería recibir los servicios que necesita.

Luego de la evaluación de riesgo de salud, el equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que necesita. Además, el equipo de atención puede mencionarle algunos servicios para que usted considere si quiere recibirlos. Su plan de atención se basará en sus necesidades. El equipo de atención colaborará con usted para actualizar el plan de atención al menos una vez al año.

---

## H. Prima mensual del plan Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect no tiene una prima mensual del plan.

---

## I. *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Afiliado*, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede consultar el *Manual del Afiliado* en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) o descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Health Net Cal MediConnect, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## J. Información adicional que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* e información sobre cómo tener acceso a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

### J1. Tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect

Con nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para recibir los servicios de Medicare y de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo, algunos servicios de salud del comportamiento y medicamentos que requieren receta médica. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Esta es una muestra de la tarjeta para que vea cómo será la que recibirá:



Si su tarjeta de Cal MediConnect se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medi-Cal para obtener los servicios de Cal MediConnect. Conserve esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación a afiliado de Health Net Cal MediConnect, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que, para acceder a los servicios de salud mental especializados que puede recibir a través de un plan de salud mental (MHP, por sus siglas en inglés) del condado, necesitará su tarjeta de Medi-Cal.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* detalla todos los proveedores y las farmacias de la red de Health Net Cal MediConnect. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se afilia a nuestro plan por primera vez (consulte la página 12).

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) o descargarlo desde este sitio web.

El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se enumeran los profesionales de la salud (como médicos, enfermeros especializados con práctica médica y psicólogos), los centros (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como proveedores de cuidado diurno para adultos y de salud en el hogar) que puede consultar como afiliado a Health Net Cal MediConnect. También se enumeran las farmacias a las que puede ir para obtener sus medicamentos que requieren receta médica. Entre los tipos de farmacias enumerados en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se incluyen las farmacias de venta minorista, las de compra por correo, las de infusión en el hogar y las de atención a largo plazo.

### Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Health Net Cal MediConnect incluyen los siguientes:
  - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **y**
  - Proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de servicios de salud del comportamiento, agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o de Medi-Cal.

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para encontrar la farmacia de la red en la que prefiere surtir sus recetas.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711) para obtener más información. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Tanto el Departamento de Servicios al Afiliado como el sitio web de Health Net Cal MediConnect pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

### J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar. En esta se indican qué medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Health Net Cal MediConnect.

También se informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 138, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) o llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### J4. Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Part D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Part D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

En la EOB se informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Part D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona que receta sobre estas opciones más económicas. En el Capítulo 6, Sección A, página 152, se brinda más

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una EOB si lo solicita. Si quiere obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

## K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

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

Las farmacias y los proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta, **ya que utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, la de su cónyuge o la de su pareja de hecho, o la de indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hospital o una casa de reposo.
- Si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted).
- Si forma parte o empieza a formar parte de un estudio de investigación clínica.

Si cambia algún dato, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información que aparece en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C1, página 183.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

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

### Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect.....	21
A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado .....	21
B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención .....	24
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención.....	25
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras .....	27
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras.....	28
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento.....	29
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento .....	29
E. Cómo comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud .....	30
E1. Cuándo comunicarse con el HICAP .....	30
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).....	31
F1. Cuándo comunicarse con Livanta.....	31
G. Cómo comunicarse con Medicare.....	32
H. Cómo comunicarse con el Servicio de Opciones de Atención de Salud de Medi-Cal .....	33
I. Cómo comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect.....	34

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

J. Cómo comunicarse con los servicios sociales del condado ..... 35

K. Cómo comunicarse con el plan de salud mental especializado del condado ..... 36

    K1. Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado: ..... 36

L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California ..... 37

M. Otros recursos..... 38

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-855-464-3571. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<b>POR FAX</b>	1-800-281-2999 o 1-866-461-6876
<b>POR CORREO</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>P.O. Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a>

### A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de afiliados.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud.
  - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios cubiertos; ○
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
  - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Apelaciones sobre la atención de salud.
  - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.
- Quejas sobre la atención de salud.
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación, página 31).
  - Puede llamarnos y explicar su queja. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
  - Si la queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba, en la página 22).
  - Puede enviar una queja sobre Health Net Cal MediConnect a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre Health Net Cal MediConnect ante el Programa de Defensoría de Cal MediConnect por teléfono al 1-855-501-3077 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 252.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.
  - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
    - Los beneficios y medicamentos cubiertos.
    - El monto que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Part D, los medicamentos que requieren receta médica de Medi-Cal y los medicamentos de venta libre de Medi-Cal.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 230.
- Apelaciones sobre los medicamentos.
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar por teléfono una apelación relacionada con sus medicamentos recetados de la Part D, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la solicitud por fax al 1-866-388-1766. Si quiere presentar la apelación o la queja por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Health Net Community Solutions, Inc.  
Medicare Part D Appeals  
PO Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

- Para obtener más información sobre cómo presentar por teléfono una apelación relacionada con los medicamentos de Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la solicitud por fax al 1-877-713-6189. Si quiere presentar la apelación o la queja por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Health Net Community Solutions, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Dept.  
P.O. Box 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233.
- Quejas sobre los medicamentos.
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia, incluidas las quejas sobre medicamentos que requieren receta médica.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Si la queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior en la página 22).
- Puede enviar una queja sobre Health Net Cal MediConnect a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Si quiere obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 252.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección D, página 166.
  - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233.

---

## B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

El coordinador de atención es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención de salud que necesita. Se le asignará un coordinador de atención cuando se afilie al plan. Un coordinador de atención se comunicará con usted cuando se inscriba en nuestro plan.

El Departamento de Servicios al Afiliado también puede informarle cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. El coordinador de atención lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Trabjará con usted para elaborar su plan de atención y lo ayudará a decidir quién formará parte de su equipo de atención. El coordinador de atención le brindará la información que necesita para administrar su atención de salud. Esto también lo ayudará a tomar las decisiones correctas. Si necesita ayuda para comunicarse con su coordinador de atención, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si quiere cambiar de coordinador de atención o tiene preguntas adicionales, comuníquese con el número de teléfono que se indica debajo.

También puede llamar a su coordinador de atención antes de que este se comunique con usted. Llame al número que se indica a continuación y pida hablar con su coordinador de atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).





<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-855-464-3571. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<b>POR CORREO</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>

## B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención

- Preguntas sobre la atención de salud.
- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias).
- Preguntas sobre transporte.
- Preguntas sobre servicios y apoyo a largo plazo.

Los servicios y apoyo a largo plazo incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y los centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de la vida.

Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- servicios comunitarios para adultos;
- atención de enfermería especializada;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- terapia del habla;

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- servicios sociales médicos; **y**
- cuidado de la salud en el hogar.

### Servicios comunitarios para adultos:

Podrían cumplir con los requisitos aquellos afiliados a Medi-Cal que tienen una discapacidad física, mental o social que se manifestó después de los 18 años de edad y que podrían beneficiarse de los servicios comunitarios para adultos.

Los afiliados que reúnan los requisitos deben cumplir con los siguientes criterios:

- Tener necesidades que sean lo suficientemente importantes como para estar en un centro de enfermería con nivel de atención A o superior.
- Tener una discapacidad cognitiva de moderada a grave, lo que incluye Alzheimer u otro tipo de demencia de moderado a grave.
- Tener una discapacidad del desarrollo.
- Una discapacidad cognitiva de leve a moderada, lo que incluye Alzheimer o demencia, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
  - bañarse;
  - vestirse;
  - alimentarse;
  - ir al baño;
  - deambular;
  - trasladarse;
  - administrar medicamentos;
  - higienizarse.
- Una enfermedad mental crónica o lesión cerebral, y la necesidad de ser asistido o supervisado en dos de las siguientes actividades:
  - bañarse;
  - vestirse;
  - alimentarse;
  - ir al baño;
  - deambular;
  - trasladarse.
- Administración de medicamentos, o necesidad de asistencia o supervisión en una de las actividades de la lista anterior y también en una de las siguientes:
  - higienizarse;

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- administrar dinero;
  - acceder a recursos;
  - preparar comidas;
  - transporte.
- Una expectativa razonable de que los servicios preventivos mantendrán o mejorarán el nivel de funciones actual (por ejemplo, en los casos de lesión cerebral causada por un traumatismo o una infección).
  - Tener una gran probabilidad de deterioro y una posible hospitalización si los servicios comunitarios para adultos no estuvieran disponibles (por ejemplo, en casos de tumores cerebrales o demencia relacionada con el VIH).

### Centros de enfermería

Los afiliados deben necesitar atención médica de corta o larga duración durante las 24 horas del día, según la indicación de un médico, para reunir los requisitos para recibir atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o para el ingreso en un centro de enfermería especializada (NSF, por sus siglas en inglés).

---

## C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras de Health Net Cal MediConnect es un servicio gratuito de asesoramiento telefónico y consejos de enfermería que brindan profesionales clínicos capacitados y se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Esta línea proporciona evaluaciones de atención de salud en tiempo real para ayudar a los afiliados a determinar el nivel de atención que necesitan en ese momento. Los médicos clínicos ofrecen consultas personales, respuestas a preguntas sobre salud y apoyo para el control de síntomas, que ayudan a los afiliados a tomar decisiones informadas y adecuadas sobre su atención y tratamiento. Para comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras, los afiliados deben llamar al número de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-855-464-3571. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El asesoramiento y los consejos de enfermería de profesionales clínicos capacitados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El asesoramiento y los consejos de enfermería de profesionales clínicos capacitados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre la atención de salud.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

Managed Health Network (MNH, por sus siglas en inglés) ofrece una línea para casos de crisis de salud del comportamiento las 24 horas, los 7 días de la semana, para afiliados que necesitan este tipo de asistencia. En cualquier momento durante la llamada, los afiliados pueden solicitar hablar con un médico clínico con licencia para obtener asistencia en cuanto a los servicios que pueden necesitar. Los afiliados pueden acceder a esta Línea para Casos de Crisis llamando al número que se indica debajo.

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-855-464-3571. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los profesionales clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Los profesionales clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

### D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

- Si tiene preguntas sobre servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias.
- Health Net Cal MediConnect le brinda acceso a información y asesoramiento médicos las 24 horas. Cuando nos llame, los especialistas en salud del comportamiento responderán las preguntas relacionadas con su bienestar. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero que no es una emergencia, como preguntas clínicas sobre salud del comportamiento, puede comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
- Si tiene preguntas relacionadas con los servicios de salud mental especializados en su condado, consulte la página 36.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## E. Cómo comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud

El Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a quienes tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-213-383-4519 Dentro del condado de Los Ángeles: 1-800-824-0780 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	Dentro del condado de Los Ángeles: 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
<b>POR CORREO</b>	HICAP Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcarerights.org">www.healthcarerights.org</a>

### E1. Cuándo comunicarse con el HICAP

- Si tiene preguntas sobre el Plan Cal MediConnect u otras preguntas sobre Medicare.
  - Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo con lo siguiente:
    - comprender sus derechos;
    - comprender sus opciones de planes;
    - presentar quejas sobre su atención de salud o tratamiento; y
    - solucionar problemas con sus facturas.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



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

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-877-588-1123
<b>TTY</b>	1-855-887-6668  Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

### F1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre la atención de salud.
  - Puede presentar una queja sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
    - tiene un problema con la calidad de la atención;
    - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto;
    - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o los CMS.

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros para enfermos terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## H. Cómo comunicarse con el Servicio de Opciones de Atención de Salud de Medi-Cal

El Servicio de Opciones de Atención de Salud de Medi-Cal puede ayudarlo si tiene preguntas acerca de cómo elegir un plan Cal MediConnect u otros problemas relacionados con la inscripción.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-844-580-7272  Los representantes del Servicio de Opciones de Atención de Salud están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077  Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

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

El Programa de Defensoría de Cal MediConnect actúa como defensor en su nombre. Sus miembros pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja, y pueden ayudarlo a comprender lo que debe hacer. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>TTY</b>	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>POR CORREO</b>	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County Health Consumer Center 13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331  1102 East Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205  3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://calduals.org/background/cal-mediconnect/problem-resolution/ombudsman/">calduals.org/background/cal-mediconnect/problem-resolution/ombudsman/</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## J. Cómo comunicarse con los servicios sociales del condado

Si necesita asistencia con los servicios que reciben la ayuda de los servicios sociales del condado, como beneficios aplicables, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local de su condado.

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-866-613-3777. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Excepto los días festivos:</p> <p>De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m.</p> <p>Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m.</p> <p>Sábados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.</p>
<b>POR CORREO</b>	<p>Para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana, visite <a href="http://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html">dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html</a>; o bien, consulte "COUNTY GOVERNMENT" (GOBIERNO DEL CONDADO) en las páginas blancas de la guía telefónica.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://dpss.lacounty.gov">dpss.lacounty.gov</a></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## K. Cómo comunicarse con el plan de salud mental especializado del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado si usted cumple con el requisito de necesidad médica.

<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>Línea directa del Departamento de Salud Mental del condado de Los Angeles:</p> <p>1-800-854-7771. La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

### K1. Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado:

- Para preguntar sobre los servicios de salud del comportamiento que brinda el condado.
- Para recibir información sobre salud mental, remisiones a proveedores de servicios y asesoramiento en casos de crisis, de manera confidencial y gratuita, cualquier día y a toda hora, comuníquese con la línea directa del Departamento de Salud Mental de Los Ángeles.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

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

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) es la entidad responsable de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas contra su plan de salud en relación con los servicios de Medi-Cal.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
<b>TDD</b>	1-877-688-9891 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>POR FAX</b>	1-916-255-5241
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## M. Otros recursos

### Agencias locales de asuntos sobre la vejez

Su agencia local de asuntos sobre la vejez puede brindarle información y ayuda para coordinar los servicios que están disponibles para adultos mayores.

<b>POR TELÉFONO</b>	1-800-510-2020 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>TTY</b>	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://wdacs.lacounty.gov/services">https://wdacs.lacounty.gov/services</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Departamento de Servicios de Atención Médica

Como afiliado a nuestro plan, usted reúne los requisitos para Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y del Gobierno estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés).

<b>POR TELÉFONO</b>	1-888-452-8609. Esta llamada es gratuita.  De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>TTY</b>	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)  Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.  De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals">www.dhcs.ca.gov/individuals</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Seguro Social

El Seguro Social es responsable de manejar la inscripción en Medicare y de determinar si se cumple con los requisitos para inscribirse. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones pueden afiliarse a Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción de Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o presentarse en su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Part D debido a que tienen ingresos más altos. Si usted recibe una carta del Seguro Social que dice que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca de dicho monto, o si sus ingresos se redujeron debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, puede comunicarse con el Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar el cambio.

<b>POR TELÉFONO</b>	<p>1-800-772-1213. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días al año.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



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

---

### Introducción

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

### Índice

A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red.....	43
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	43
C. Información sobre el coordinador de atención .....	45
C1. Qué es un coordinador de atención.....	45
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención.....	45
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención.....	45
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores médicos de la red y fuera de la red .....	46
D1. Atención de un proveedor de atención primaria .....	46
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red .....	49
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan .....	50
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	51
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo .....	51
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias) .....	52

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

F1. Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan fuera de Health Net Cal MediConnect a través del Departamento de Salud Mental (DMH) y del Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) del condado de Los Ángeles (DPH/SAPC) .....	52
G. Cómo obtener servicios de transporte .....	56
H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre .....	57
H1. Atención si tiene una emergencia médica .....	57
H2. Atención requerida de urgencia.....	59
H3. Atención en caso de desastre .....	60
I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	61
I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios .....	61
J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	62
J1. Definición de estudio de investigación clínica .....	62
J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica .....	62
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	63
K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud .....	63
K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud .....	63
K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud .....	63
L. Equipo médico duradero .....	64
L1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan .....	64
L2. Propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage.....	65
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan .....	65
L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage .....	66

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red

Los servicios son la atención de salud, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y los que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud, la atención de salud del comportamiento y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D, página 71.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general, usted no paga los servicios cubiertos.

---

## B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Health Net Cal MediConnect cubre todos los mismos servicios que Medicare y Medi-Cal. Esto incluye la atención de salud del comportamiento y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

En general, Health Net Cal MediConnect cubre los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que obtiene si sigue las reglas del plan. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, página 71, de este manual).
- Se debe determinar que la atención es **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como afiliado al plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no se cubran los servicios a través de Health Net Cal MediConnect. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 46.
  - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan.
  - Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o requerida de urgencia, ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la página 49.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 47.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje para el plan de salud ni para el grupo médico de su PCP. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Se cubre la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o requerida de urgencia, consulte la Sección H, página 57.
  - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Si se le pide que consulte a un proveedor fuera de la red, necesitará autorización previa. Una vez aprobada la autorización previa, se notificará esto al proveedor solicitante y al

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

proveedor que lo acepta. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Si quiere saber cómo obtener la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 46.

- Se cubren los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede solicitar seguir acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si comprobamos que tenía una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1, página 13). Si aprobamos su solicitud, puede seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante un período máximo de 12 meses. Durante ese período, su coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si sigue acudiendo a proveedores fuera de la red que no están afiliados al grupo médico de su PCP.

---

## C. Información sobre el coordinador de atención

### C1. Qué es un coordinador de atención

El coordinador de atención es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención de salud que necesita. El coordinador de atención lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud para satisfacer sus necesidades de atención de salud. Trabjará con usted para elaborar su plan de atención y lo ayudará a decidir quién formará parte de su equipo de atención. El coordinador de atención le brindará la información que necesita para administrar su atención de salud. Esto también lo ayudará a tomar las decisiones correctas.

### C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Se le asignará un coordinador de atención cuando se afilie al plan. Este se comunicará con usted cuando se inscriba en nuestro plan. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede informarle cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Si necesita ayuda para comunicarse con él puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

### C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Si quiere cambiar de coordinador de atención, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si necesita más ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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

### D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y coordine su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige un PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado.

#### Qué es un PCP y qué hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red del Plan Health Net Cal MediConnect para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Entre ellos se encuentran los médicos que prestan atención médica general o familiar, los de atención médica interna y los ginecólogos-obstetras que atienden a las mujeres.

Usted recibirá la mayor parte de la atención básica o de rutina de su PCP, quien lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

“Coordinar” los servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita cierto tipo de servicios o suministros cubiertos, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (por ejemplo, una remisión para consultar a un especialista). Para ciertos servicios, su PCP necesitará autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP le solicitará autorización previa a nuestro plan o a su grupo médico. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Como explicamos antes, por lo general, usted consultará primero a su PCP con respecto a la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Cuando su PCP considere que necesita un tratamiento especializado, este hará una remisión (aprobación por adelantado) para que consulte a un especialista del plan u otros proveedores. Como se explica más abajo, hay una limitada cantidad de servicios cubiertos que usted puede recibir sin la aprobación de su PCP.

Todos los afiliados tienen un PCP. El PCP hasta puede ser una clínica. Las mujeres pueden elegir a un obstetra/ginecólogo o a una clínica de planificación familiar como su PCP.

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

### **Elección de un centro de salud federalmente calificado o clínica de salud rural como su PCP**

Un centro de salud federalmente calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) o un centro de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés) es un centro médico y puede ser su PCP. Los FQHC y los RHC son centros de salud que prestan servicios de atención primaria. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para conocer los nombres y las direcciones de los FQHC y los RHC que trabajan con Health Net Cal MediConnect, o consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

### **Su elección del PCP**

Usted deberá elegir un grupo médico contratante de nuestra red cuando se inscriba en nuestro plan. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan. También deberá elegir un proveedor de atención primaria de este grupo médico contratante. El consultorio de su PCP debe estar en un lugar al que pueda llegar fácilmente. Puede solicitar un PCP que esté, como máximo, a 10 millas o 30 minutos de donde usted vive o trabaja. Puede encontrar los grupos médicos (y sus PCP y hospitales afiliados) en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* o en nuestro sitio web: [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cada grupo médico y los PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Si quiere consultar a un determinado especialista u hospital del plan, averigüe primero para asegurarse de que estos especialistas y hospitales están dentro de la red del

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



grupo médico y del PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación del afiliado.

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

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

### **Cómo cambiar de PCP**

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si el PCP que tiene ahora deja la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP dentro de la red de nuestro plan.

Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que nuestro plan la recibió. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. También puede visitar nuestro sitio web en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) para realizar su solicitud.

Cuando se comunique con nosotros, asegúrese de informarnos si está consultando a especialistas o está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de cuidado de la salud en el hogar y equipo médico duradero). El Departamento de Servicios al Afiliado le informará cómo hacer para continuar recibiendo los servicios de especialidad y demás servicios que haya estado recibiendo cuando cambie de PCP. Además, se asegurará de que el PCP al que usted quiere cambiarse acepte nuevos pacientes. El Departamento de Servicios al Afiliado modificará su registro de afiliado para que refleje el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigor el cambio.

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

Recuerde que los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, es posible que también cambie de grupo médico. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informarle al Departamento de Servicios al Afiliado si está acudiendo a un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de un PCP. El Departamento de Servicios al Afiliado lo ayudará para que esté seguro de que, cuando cambie de PCP, continuará recibiendo su atención de especialidad y demás servicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores dentro de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio. Podemos ayudarlo con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esta atención incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión.
- Servicios de planificación familiar de proveedores dentro y fuera de la red.
- Atención prenatal básica, servicios por enfermedades de transmisión sexual y pruebas de VIH.

Consulte el Capítulo 4 para conocer los detalles sobre los servicios cubiertos que pueden requerir una aprobación previa, como una remisión o una autorización previa de su PCP.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Para poder consultar a un especialista, por lo general, primero tiene que obtener la aprobación de su PCP (a esto se lo denomina recibir una “remisión” a un especialista). Es muy importante recibir una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, incluida la atención de salud de rutina para mujeres). Si no obtuvo una remisión (aprobación por adelantado) antes de recibir estos servicios de su especialista, es posible que usted tenga que pagar estos servicios.

Si el especialista quiere verlo de nuevo, consulte primero para asegurarse de que la remisión que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista.

Cada grupo médico y los PCP hacen remisiones a ciertos especialistas del plan y utilizan ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales a los que podrá ir. Si quiere ir a especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico o PCP trabaja con ellos. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere ver a un especialista del plan o ir a un hospital, a los que su PCP actual no puede remitirlo. En este capítulo, en la sección “Cómo cambiar de PCP”, le brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan o de su grupo médico (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de recibir determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red la solicitarán a nuestro plan o a su grupo médico. La solicitud se revisará, y se les enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este manual.

### **D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan**

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

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento médicamente necesario.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a coordinar su atención. Si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

#### **D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

Si necesita cierto tipo de servicio y ese servicio no está disponible en la red de nuestro plan, primero tendrá que obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Su PCP le solicitará una autorización previa a nuestro plan o a su grupo médico.

Es muy importante que reciba la aprobación por adelantado antes de consultar a un proveedor o recibir servicios fuera de la red (con la excepción de la atención de emergencia o requerida de urgencia, los servicios de planificación familiar y los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan). Si no obtuvo una aprobación por adelantado, es posible que usted tenga que pagar estos servicios.

Para obtener información sobre la cobertura de la atención de emergencia y la atención requerida de urgencia fuera de la red, consulte la Sección H de este capítulo.

Si acude a un proveedor fuera de la red, este deberá cumplir con los requisitos para participar en Medicare o Medi-Cal.

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

---

### **E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo**

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) son los servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y los centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés). Estos servicios pueden brindarse en su hogar, en su comunidad o en un centro. A continuación se describen los distintos tipos de LTSS:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Servicios comunitarios para adultos (CBAS):** es un programa de servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y demás servicios a los afiliados que cumplan con los requisitos correspondientes.
- **Centro de enfermería (NF):** es un centro que brinda atención a personas que no pueden vivir en su hogar de manera segura, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Su coordinador de atención lo ayudará a comprender cada programa. Si quiere obtener más información sobre estos programas, comuníquese con el coordinador de atención al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

## F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias)

Tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento necesarios por razones médicas que cubren Medicare y Medi-Cal. Health Net Cal MediConnect brinda acceso a los servicios de salud de comportamiento que cubre Medicare. Health Net Cal MediConnect no brinda los servicios de salud del comportamiento que cubre Medi-Cal, pero los afiliados de Health Net Cal MediConnect que reúnen los requisitos podrán acceder a ellos mediante el Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) del condado de Los Ángeles (DPH/SAPC, por sus siglas en inglés).

### F1. Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan fuera de Health Net Cal MediConnect a través del Departamento de Salud Mental (DMH) y del Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) del condado de Los Ángeles (DPH/SAPC)

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición a través del plan de salud mental del condado si cumple con el requisito de necesidad médica para dichos servicios. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que brindan el Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) del condado de Los Ángeles (DPH/SAPC, por sus siglas en inglés) incluyen los siguientes servicios:

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, servicios auxiliares y elaboración de un plan).
- Servicios de apoyo con medicamentos.
- Tratamiento intensivo de día.
- Rehabilitación diurna.
- Intervención en casos de crisis.
- Estabilización en casos de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis.
- Servicios de centros de salud psiquiátrica.
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internados.
- Administración de casos de riesgo.

Los servicios del programa Drug Medi-Cal, para el tratamiento del abuso de sustancias, están a su disposición a través del Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) (DPH/SAPC, por sus siglas en inglés) del condado de Los Ángeles si cumple con el requisito de necesidad médica para este programa. Los servicios del programa Drug Medi-Cal que se brindan a través de esta área del Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento intensivos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios ambulatorios de estabilización y rehabilitación por abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento con narcóticos.
- Servicios con naltrexona por la dependencia de opioides.

Además de los servicios del programa Drug Medi-Cal que se mencionan anteriormente, puede acceder a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados si cumple con el requisito de necesidad médica.

Usted también tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y son administrados a través de la red de salud mental de Health Net Cal MediConnect. Los servicios de salud del comportamiento incluyen, entre otros, los siguientes:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Servicios para pacientes ambulatorios: Intervención en casos de crisis, evaluación y terapia a corto plazo, terapia especializada a largo plazo y cualquier otra atención de rehabilitación para pacientes ambulatorios que esté relacionada con el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios y suministros para pacientes internados: adaptaciones en una habitación con dos camas o más, incluidos las unidades de tratamiento especial, los suministros y los servicios auxiliares que el centro brinda normalmente.
- Atención para pacientes internados y niveles alternativos de atención: internación parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios en un centro certificado por Medicare.
- Desintoxicación: servicios para la desintoxicación aguda y el tratamiento de afecciones médicas graves relacionadas con el trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados.
- Servicios de emergencia: detecciones, exámenes y evaluaciones para determinar si hay una afección médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha afección.

Para obtener información sobre proveedores, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. También puede visitar nuestro sitio web en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

### **Exclusiones y limitaciones de los servicios de salud del comportamiento**

Para obtener una lista de las exclusiones y las limitaciones de los servicios de salud del comportamiento, consulte el Capítulo 4, Sección F, página 122: “Beneficios que no cubren Health Net Cal MediConnect, Medicare ni Medi-Cal”.

### **Procesos que se utilizan para determinar la necesidad médica de los servicios de salud del comportamiento**

Debe haber una autorización de parte del plan para que se cubran determinados suministros y servicios de salud del comportamiento. Para obtener más información acerca de los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el Capítulo 4. Si desea obtener autorización previa para estos servicios, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Se lo remitirá a un profesional de salud mental contratado cercano, que lo examinará para determinar si se necesita más tratamiento. Si necesita tratamiento, el profesional de salud mental contratado diseñará un plan de tratamiento y lo enviará a

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Health Net Cal MediConnect para que se revise. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos si reciben la autorización del plan. Si no hay una autorización de parte del plan, no habrá más servicios ni suministros cubiertos para esa afección. Sin embargo, de parte del plan se lo podrá remitir al Departamento de Salud Mental del condado para que lo ayuden a recibir la atención que necesita.

**Procedimientos de remisión entre Health Net Cal MediConnect, el Departamento de Salud Mental (DMH) y el Departamento de Salud Pública (área de prevención y control del trastorno de abuso de sustancias) (DPH/SAPC) del condado de Los Ángeles:**

Las remisiones a los servicios de salud del comportamiento de Health Net Cal MediConnect pueden provenir de muchas fuentes, por ejemplo, de los proveedores de salud del comportamiento del condado, de los administradores de casos del condado, de los PCP, de los afiliados y de sus familias. Estas fuentes pueden comunicarse con Health Net Cal MediConnect llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado. Health Net Cal MediConnect confirmará que cumple con los requisitos y autorizará los servicios, si corresponde.

Health Net Cal MediConnect trabajará con el condado de Los Ángeles para brindar las remisiones y la coordinación de atención apropiadas para usted.

Usted podrá remitirse directamente a los servicios de salud mental especializados o a los servicios por el abuso de alcohol y de drogas ofrecidos por el condado.

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

**Qué debe hacer si tiene un problema o una queja acerca de un servicio de salud del comportamiento**

Los servicios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que tienen otros beneficios. Consulte el Capítulo 9, Sección J, página 252, para obtener información sobre la presentación de quejas.

**Continuidad de la atención para afiliados que actualmente reciben servicios de salud del comportamiento**

Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, puede solicitar seguir consultando a su proveedor. Estamos obligados a aprobar esta solicitud si puede demostrar que había una relación existente con su proveedor durante los 12 meses anteriores a la inscripción. Si se aprueba su solicitud, puede seguir consultando a su proveedor actual hasta 12 meses más. Después de los primeros 12 meses, puede que su atención ya no esté cubierta si continúa consultando al proveedor fuera de la red. Si necesita ayuda con su solicitud, comuníquese con el Departamento de Servicios

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

Health Net Cal MediConnect se ha asociado con ModivCare Solutions, LLC (antes llamada LogistiCare) para prestar servicios de transporte médico que no sean de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) y transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés) a los afiliados inscritos en nuestro plan.

### Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

El transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) es aquel necesario para obtener servicios médicos cubiertos y que está sujeto a la receta médica por escrito de un médico, dentista o podiatra, solo cuando la afección médica y física de quien recibe el servicio no le permite viajar en autobús, vehículo de pasajeros, taxi u otro tipo de transporte público o privado.

El beneficio de NEMT consta de lo siguiente:

- Viajes de ida y vuelta ilimitados por afiliado, por año calendario, sin costo.
- Transporte en ambulancia, vehículo con camilla y vehículo para silla de ruedas.
- Servicios para ir del lugar de residencia a una cita médica y volver al lugar de residencia.
- Millaje ilimitado dentro del área de servicio.
- La inclusión de un familiar o cuidador en el transporte sin costo adicional.
- Puede pedir al conductor que, cuando regresen del consultorio del médico, se detenga en una farmacia, un proveedor de radiología o un laboratorio.

### Transporte no médico (NMT)

El transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés) incluye el transporte hacia los servicios médicos en un vehículo de pasajeros, taxi u otro tipo de transporte público o privado que prestan personas no registradas, como proveedores de Medi-Cal. Este servicio incluye el reembolso de millas a los conductores, siempre y cuando no sean afiliados. Si desea que un amigo o familiar lo lleve y desea recibir un reembolso, llame a MotivCare.

El NMT no incluye el transporte de afiliados enfermos, lesionados, convalecientes, débiles o incapacitados de alguna otra manera a través de servicios de transporte médico en ambulancia, vehículo con camilla o vehículo para silla de ruedas.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



El beneficio de NMT consta de lo siguiente:

- Viajes de ida y vuelta ilimitados por afiliado, por año calendario, sin costo.
- Servicio puerta a puerta.
- Viajes en taxi, vehículo de pasajeros estándar, minivan y otro tipo de transporte público o privado.
- Reembolso de millas a los conductores, siempre que no sean afiliados.
- Servicios para ir del lugar de residencia a una cita médica y volver al lugar de residencia.
- Millaje ilimitado dentro del área de servicio.
- La inclusión de un familiar o cuidador en el transporte sin costo adicional.
- Puede pedir al conductor que, cuando regresen del consultorio del médico, se detenga en una farmacia, un proveedor de radiología o un laboratorio.

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

La solicitud de transporte debe presentarse con siete días naturales de antelación tanto para el transporte médico que no sea de emergencia como para el transporte no médico.

Si necesita coordinar estos servicios con menos tiempo de aviso, se considerará cada caso en particular, y su aprobación dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se coordinó la cita para el servicio médico y de la disponibilidad de los recursos de transporte.

---

## **H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre**

### **H1. Atención si tiene una emergencia médica**

#### **Definición de emergencia médica**

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

- Un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



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

### Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje seguro fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 71.

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Este beneficio tiene un límite de \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de este manual, o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje seguro fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Su atención de seguimiento estará cubierta por nosotros. Si obtiene atención de

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

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

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

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

- Fue atendido por un proveedor de la red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención requerida de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

## **H2. Atención requerida de urgencia**

### **Definición de atención requerida de urgencia**

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener un rebrote de una afección existente y necesita que lo atiendan.

### **Atención requerida de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan**

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención requerida de urgencia solo si cumple estas dos condiciones:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red;
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención requerida de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

En situaciones de emergencia graves, llame al 911 o vaya al hospital más cercano.

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

Si no está seguro de si tiene una afección médica de emergencia, puede llamar a su grupo médico o PCP para que lo ayuden.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Su grupo médico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para responder a sus llamadas telefónicas en relación con la atención médica que considere necesaria de inmediato. Ellos evaluarán su situación y le darán instrucciones acerca de adónde debe ir para recibir la atención que necesita.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de Consultas con Enfermeras en cualquier momento, de día o de noche. Puede comunicarse con nuestra Línea de Consultas con Enfermeras al 1-855-464-3571 (TTY: 711). Como afiliado a Health Net Cal MediConnect, tiene acceso a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711) si necesita ayuda para encontrar un proveedor. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede transferirlo a la Línea de Consultas con Enfermeras. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### **Atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan**

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, se cubrirá la atención requerida de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que no es de emergencia obtenida fuera de los Estados Unidos.

Los servicios requeridos de urgencia que se reciben fuera de los Estados Unidos podrían ser considerados una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4 de este manual.

### **H3. Atención en caso de desastre**

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de Health Net Cal MediConnect.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## I. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan

Si un proveedor le envía una factura a usted y no al plan, debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura.

**No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda hacerle un reembolso.**

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162, para saber qué debe hacer.

### I1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

Health Net Cal MediConnect cubre todos los servicios con las siguientes características:

- son médicamente necesarios;
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 71); y
- se obtienen al seguir las reglas del plan.

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

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

En el Capítulo 9, Sección D, página 206, se explica lo que debe hacer si quiere que cubramos servicios o artículos médicos. También se explica cómo presentar una apelación de nuestra decisión de cobertura. Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer esos límites y qué tan cerca se encuentra de alcanzarlos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



---

## J. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica

### J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Ellos solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo medicamento o atención de salud funcionan o si son seguros.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención del plan que no está relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un estudio clínico.

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

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

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



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

### **J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica**

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **K. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud**

### **K1. Definición de institución religiosa no médica de atención de salud**

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

Usted puede elegir recibir atención de salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de Medicare Part A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

### **K2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud**

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

- Un tratamiento médico no exceptuado es cualquier atención voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico exceptuado es cualquier atención médica que no sea voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

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

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
  - Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

La cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados es ilimitada, siempre y cuando cumpla con los requisitos mencionados anteriormente.

---

## L. Equipo médico duradero

### L1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) son algunos artículos solicitados por un proveedor para que usted pueda utilizar en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de algunos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como afiliado a Health Net Cal MediConnect, puede adquirir la propiedad del DME, siempre y cuando sea necesario por razones médicas y deba utilizar el artículo a largo plazo. Además, su PCP, su grupo médico o Health Net Cal MediConnect deben autorizar, organizar y coordinar la entrega del artículo. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711) para conocer los requisitos de alquiler o propiedad del equipo médico duradero, así como la documentación que debe presentar. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Si adquiere la propiedad de un artículo de DME mientras está afiliado a nuestro plan, y el artículo necesita mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturar el costo de la reparación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## L2. Propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

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

**Nota:** Puede encontrar las definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2022*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Medicare Original o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan Medicare Advantage para ser propietario del DME en los siguientes casos:

- No obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan.
- Abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

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

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

## L3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan

Si usted califica para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

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

Deberá devolverle el equipo de oxígeno a su dueño cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



#### L4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, le alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**:

- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno y los suministros hasta 5 años si es médicamente necesario.

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

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo de un proveedor durante 36 meses;
- el proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia al plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá lo que cubre Medicare Original como mínimo. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles son los costos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 4: Tabla de Beneficios

---

### Introducción

En este capítulo se informa sobre los servicios que Health Net Cal MediConnect cubre y todas las restricciones o los límites que tienen esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Los servicios cubiertos .....	68
A1. Durante emergencias de salud pública.....	68
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	68
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan .....	69
D. La Tabla de Beneficios.....	71
E. Beneficios cubiertos fuera de Health Net Cal MediConnect .....	120
E1. Transiciones Comunitarias de California .....	120
E2. Programa Dental de Medi-Cal .....	121
E3. Cuidado de enfermos terminales .....	121
F. Beneficios que no cubren Health Net Cal MediConnect, Medicare ni Medi-Cal .....	122

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Los servicios cubiertos

En este capítulo se indican los servicios que se pagan con Health Net Cal MediConnect. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, Sección A, página 131. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 43, para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### A1. Durante emergencias de salud pública

Health Net Cal MediConnect seguirá todas las directrices estatales o federales relacionadas con una emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros miembros. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una PHE en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

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

No permitimos que los proveedores de Health Net Cal MediConnect le facturen a usted los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

**Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos.** Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162, o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos.

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso.
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 46, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un PCP o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. En el Capítulo 3, Sección D, página 46, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Debe recibir atención de proveedores que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 46, para obtener más información.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se llama “autorización previa”. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en cursiva en la Tabla de Beneficios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.
- Los servicios opcionales del plan de atención (CPO, por sus siglas en inglés) podrían estar disponibles en su plan de atención personalizado. Estos servicios le brindan más ayuda en su hogar, como, por ejemplo, ofrecen comidas, ayuda para usted o su cuidador, o la instalación de rampas y barras de sujeción para la ducha. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente, pero **no** reemplazan los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) que está autorizado a recibir a través de Medi-Cal. Algunos ejemplos de servicios opcionales del plan de atención (CPO, por sus siglas en inglés) que Health Net Cal MediConnect ha ofrecido en el pasado incluyen: atención de relevo para los cuidadores familiares de hasta 24 horas cada 6 meses y servicios especiales para grupos (SSG, por sus siglas en inglés) en los que se programan y realizan visitas domiciliarias con el objetivo de unir a nuestros afiliados con los recursos de la comunidad. Si necesita ayuda o si le gustaría saber cómo los servicios CPO podrían ayudarlo, comuníquese con su coordinador de atención.


---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## D. La Tabla de Beneficios

<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Acupuntura</b></p> <p>Se cubrirán hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios por mes calendario, o con más frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura durante 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no asociado con la cirugía; y</li> <li>• no asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Además, pagaremos 8 sesiones adicionales de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico si usted demuestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</b></p> <p>Pagaremos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en el ámbito de la atención primaria.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por tierra, en avión y en helicóptero. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. Para otros casos, debemos aprobar los servicios de ambulancia.</p> <p>En casos que no son emergencias, podríamos cubrir una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Puede recibir un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Medición de masa ósea</b></p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que observe y comente los resultados.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Detección de cáncer de seno (mamografías)</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.</li> <li>• Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b></p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir determinadas condiciones con la remisión de un médico.</p> <p>También se cubren programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.




**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</b></p> <p>Se cubrirá una visita por año a su proveedor de atención primaria, o más si es médicamente necesario, para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante la visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar el uso de la aspirina.</li> <li>• Controlarle la presión arterial.</li> <li>• Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).




<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.</li> <li>• Para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.</li> <li>• Para las mujeres que tienen entre 30 y 65 años: una prueba del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) o un examen de Papanicolaou más una prueba del HPV una vez cada 5 años.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios quiroprácticos.</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses;</li> <li>• prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses;</li> <li>• prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses;</li> <li>• detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años;</li> <li>• colonoscopia cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección);</li> <li>• colonoscopia (o enema de bario de detección) para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cada 24 meses.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios comunitarios para adultos</b></p> <p>“Servicios comunitarios para adultos” (CBAS, por sus siglas en inglés) es un programa de servicios para pacientes ambulatorios brindado en un centro donde las personas asisten de acuerdo con un cronograma. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluida la terapia ocupacional, física y del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias o los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Se cubrirán los servicios comunitarios para adultos si cumple con los requisitos para recibirlos.</p> <p><b>Nota:</b> Si no hay un centro de servicios comunitarios para adultos disponible, podemos brindar estos servicios por separado.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Orientación para dejar de fumar</b></p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubrirán dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas en persona.</li> </ul> <p>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</li> </ul> <p>Las mujeres embarazadas podrán recibir orientación ilimitada para dejar de fumar con autorización previa.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Algunos servicios dentales, como limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal. Consulte la Sección E2 para obtener más información sobre este beneficio.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Detección de depresión</b></p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. Los exámenes deben realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan



### Detección de diabetes

Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- presión arterial alta (hipertensión);
- antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia);
- obesidad;
- antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucemia).

Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.

Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan



### Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos

Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):

- Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes:
  - un monitor del nivel de glucosa en sangre;
  - tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre;
  - dispositivos tipo lancetas y lancetas;
  - soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.
- Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá una opción de las siguientes:
  - un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario;
  - un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos).
- Se cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a Accu-Chek™ y OneTouch™ cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Equipo médico duradero y suministros relacionados

(Para conocer la definición de “equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés]”, consulte el Capítulo 12, página 274, de este manual).

Los siguientes artículos están cubiertos:

- sillas de ruedas;
- muletas;
- colchones de sistema eléctrico;
- almohadillas de presión en seco para colchones;
- suministros para diabéticos;
- camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar;
- bombas y poste de infusión intravenosa;
- bomba y suministros de nutrición enteral;
- dispositivos generadores del habla;
- suministros y equipo de oxígeno;
- nebulizadores;
- andadores;
- bastones estándar de agarradera curva o de cuatro patas y los suministros de reemplazo;
- equipo de tracción cervical (de puerta);
- estimulador óseo;
- equipo para el cuidado del sistema de diálisis.

Es posible que cubramos otros artículos.

Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Servicios que paga el plan****Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación)**

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para que lo ayuden a encontrar otro proveedor que pueda abastecerlo con el producto específico.

También se cubre el DME para su uso fuera del hogar, que no está cubierto por Medicare.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de emergencia

Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:

- Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.
- Son necesarios para tratar una emergencia médica.

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

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

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.

- Cobertura en los Estados Unidos.

Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios.

Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Servicios de planificación familiar

La ley le permite elegir cualquier proveedor para algunos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Prueba de planificación familiar y tratamiento médico.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar.
- Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos).
- Suministros para planificación familiar con receta médica (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones).
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados.
- Asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Asesoramiento y pruebas para detectar VIH y sida, y otras enfermedades relacionadas con el VIH.
- Métodos anticonceptivos permanentes (debe tener más de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización, dentro de los 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días antes de la fecha de la cirugía).
- Asesoramiento sobre genética.

También se cubrirán otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red sobre los siguientes servicios:

- Tratamiento contra enfermedades relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos artificiales para quedar embarazada).
- Tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH.
- Estudios genéticos.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan



### Programas de educación sobre la salud y el bienestar

Ofrecemos varios programas que se centran en ciertas enfermedades. Estos incluyen los siguientes:

- clases de educación para la salud;
- clases de educación sobre nutrición;
- orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco;
- línea directa de enfermería;
- beneficio de acondicionamiento físico.

El beneficio de acondicionamiento físico le brinda una membresía básica en los centros participantes, o puede solicitar un programa de acondicionamiento físico para el hogar que incluya un dispositivo de seguimiento de la actividad física.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Servicios de audición

Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.

También pagaremos audífonos para las embarazadas o las personas que viven en un centro de enfermería, incluido lo siguiente:

- moldes, suministros y colocaciones;
- reparaciones que cuesten más de \$25 cada una;
- un juego inicial de baterías;
- seis visitas para capacitación y ajustes con el mismo proveedor después de recibir el audífono;
- un período de alquiler de prueba de los audífonos.

El costo del beneficio de audífonos, incluido el impuesto de venta, tiene un límite de \$1,510 por año fiscal (un año fiscal se extiende de julio a junio del año siguiente). Este monto máximo del beneficio de \$1,510 no se aplica a las personas embarazadas. Si los audífonos se pierden, se los roban o se destruyen en circunstancias que usted no puede controlar, el reemplazo de los audífonos no está incluido en el monto máximo del beneficio de \$1,510


*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Detección del VIH</b></p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitan una prueba de detección del VIH.</li> <li>• Tienen un mayor riesgo de infección por VIH.</li> </ul> <p>Para las embarazadas, se cubren hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos otras pruebas de detección del VIH cuando lo recomiende su proveedor.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</b></p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Terapia de infusión en el hogar

El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente:

- el medicamento o la sustancia biológica (como un antiviral o inmunoglobulina);
- el equipo, como una bomba; **y**
- los suministros (como tubos o catéteres).

Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:

- servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se prestan conforme a su plan de atención;
- capacitación y educación del paciente que no esté incluida en el beneficio de equipo médico duradero;
- control a distancia; **y**
- servicios de control para la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado.

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

### Cuidado de enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Se cubrirá lo siguiente mientras obtiene los servicios de cuidado de enfermos terminales:

- medicamentos para tratar los síntomas y el dolor;
- atención de relevo a corto plazo;
- atención en el hogar.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Cuidado de enfermos terminales (continuación)

**Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B se facturan a Medicare.**

- Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.

**Para los servicios cubiertos por Health Net Cal MediConnect que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B:**

- A través de Health Net Cal MediConnect, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios.

**Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de Health Net Cal MediConnect:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 145, para obtener más información.

**Nota:** Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede llamar a su coordinador de atención al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Se cubren los servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan



### Vacunas

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Vacuna contra la neumonía.
- Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias.
- Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Vacunas contra la COVID-19.
- Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B.

Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección H, página 159, para obtener más información.

También se cubrirán todas las vacunas para adultos recomendadas por las Prácticas del Comité Asesor sobre Vacunación.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión para las vacunas contra la hepatitis B y otras vacunas.*

*No se necesita autorización previa (aprobación por adelantado) para las vacunas contra la neumonía o la gripe.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para que se cubran las vacunas contra la hepatitis B y otras vacunas, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención hospitalaria para pacientes internados

Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:

- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería regulares.
- Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios.
- Medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Rayos X y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)

- Aparatos, como sillas de ruedas.
- Servicios de quirófano y sala de recuperación.
- Fisioterapia, terapias ocupacional y del habla.
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados.
- En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y trasplante intestinal y multivisceral.

Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si Health Net Cal MediConnect le proporciona servicios de trasplante en un centro fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese centro, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.

- Sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Servicios de médicos.

Debe obtener la aprobación del plan si quiere seguir recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un centro fuera de la red una vez estabilizada la emergencia.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de salud mental para pacientes internados

Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.

- Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, se cubrirán los primeros 190 días. Después de ese plazo, la agencia local de salud mental del condado cubrirá los servicios psiquiátricos para pacientes internados que sean médicamente necesarios. La autorización para la atención después de los 190 días se coordinará con la agencia de salud mental del condado.
  - El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.
- Si usted tiene 65 años o más, se cubrirán los servicios que recibió en un instituto para enfermedades mentales.

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### **Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura**

Si su internación no es razonable y médicamente necesaria, no la cubriremos.

Sin embargo, en algunos casos en los que no se cubre la atención para pacientes internados, puede que se cubran los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:

- Servicios médicos.
- Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio.
- Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico.
- Vendajes quirúrgicos.
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.
- Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones:
  - reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente);
  - reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción.
- Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente.
- Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Servicios y suministros para enfermedades renales

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección D4, página 51.
- Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial.
- Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar.
- Equipos y suministros de diálisis en el hogar.
- Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para controlar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua.


El beneficio de medicamentos de Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B” en esta tabla.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 50 y 80 años.</li> <li>• Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado.</li> <li>• Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Beneficio de comidas</b></p> <p>El Plan ofrece comidas entregadas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización para ayudar en la recuperación de un afiliado. El beneficio total ofrece 3 comidas por día con una duración de 14 días, con un máximo de 42 comidas por evento para un número ilimitado de ocurrencias por año.</p> <p>Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para programar la entrega de comidas. Los números de teléfono se encuentran en la parte inferior de esta página.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan



### Terapia de nutrición médica

Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo remite su médico.

Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.

Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*



### Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)

Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:

- cambio nutricional a largo plazo;
- aumento de la actividad física;
- formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Servicios que paga el plan

### Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B

Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada: Health Net Cal MediConnect pagará los siguientes medicamentos.

- Medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios.
- Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan.
- Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Part A, en el momento de recibir el trasplante del órgano.
- Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento.
- Antígenos.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B (continuación)

- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar.

En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html>

También se cubren algunas vacunas con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B y Part D.

En el Capítulo 5, Sección A, página 131, se explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.

En el Capítulo 6, Sección D3, página 155, se explica lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](https://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

Este beneficio permite el acceso al transporte más accesible y con mejor relación costo-beneficio. Puede incluir ambulancias, vehículos con camilla, servicios de transporte médico en vehículo para silla de ruedas y la coordinación con servicios especiales para personas con discapacidades.

Estos tipos de transporte se autorizan cuando ocurre lo siguiente:

- Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículos de pasajeros, taxis u otro tipo de transporte público o privado.
- Se requiere el transporte para obtener la atención médica que necesita.

Es posible que se necesite autorización previa, depende del servicio.

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

La solicitud de transporte debe presentarse con siete días naturales de antelación tanto para el transporte médico que no sea de emergencia como para el transporte no médico.

Si necesita coordinar estos servicios con menos tiempo de aviso, se considerará cada caso en particular, y su aprobación dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se coordinó la cita para el servicio médico y de la disponibilidad de los recursos de transporte.

ModivCare (antes llamado LogistiCare) facilitará la obtención de una receta (formulario de declaración de certificación del médico) de su proveedor.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Según el tipo de servicio, es posible que se necesite autorización previa (por adelantado).*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Transporte no médico (NMT)

Este beneficio permite el acceso al transporte hacia los servicios médicos en vehículo de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.

Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.

Para obtener más información acerca de los servicios de transporte, consulte el Capítulo 3, Sección G, página 56.

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

La solicitud de transporte debe presentarse con siete días naturales de antelación tanto para el transporte médico que no sea de emergencia como para el transporte no médico.

Si necesita coordinar estos servicios con menos tiempo de aviso, se considerará cada caso en particular, y su aprobación dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se coordinó la cita para el servicio médico y de la disponibilidad de los recursos de transporte.

ModivCare (antes llamado LogistiCare) facilitará la obtención de una receta (formulario de declaración de certificación del médico) de su proveedor.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención en un centro de enfermería

Un centro de enfermería es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en un hospital.

Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, los siguientes:


- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Terapia respiratoria.
- Medicamentos que se obtienen como parte de su plan de atención (incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea).
- Sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Suministros médicos y quirúrgicos administrados generalmente en centros de enfermería.
- Pruebas de laboratorio realizadas generalmente en centros de enfermería.
- Rayos X y otros servicios de radiología brindados generalmente en centros de enfermería.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados generalmente por centros de enfermería.
- Servicios de médicos y profesionales.
- Equipo médico duradero.
- Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas.
- Beneficios de la vista.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Atención en un centro de enfermería (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas auditivas.</li> <li>• Atención quiropráctica.</li> <li>• Servicios de podiatría.</li> </ul> <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería).</li> <li>• Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital.</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de admisión.</li> <li>• Evaluaciones periódicas.</li> <li>• Los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y, si corresponde, la administración y el suministro de esos medicamentos.</li> <li>• Asesoramiento sobre el abuso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y de grupo.</li> <li>• Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico).</li> </ul> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X.</li> <li>• Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes.</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Sangre, incluido su almacenamiento y administración.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (incluidas las de alta complejidad, como tomografías computadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética y tomografías computarizadas de emisión monofotónica).</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios.
  - Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital.
  - A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio.
  - Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: [www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf).
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.
- Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención.
- Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como férulas y yesos.
- Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios.
- Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Atención de salud mental para pacientes ambulatorios

Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores:

- Un psiquiatra o médico con licencia del estado.
- Un psicólogo clínico.
- Un trabajador social clínico.
- Un especialista en enfermería clínica.
- Un enfermero especializado con práctica médica.
- Un asistente médico.
- Otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.

Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:

- Servicios clínicos.
- Tratamiento de día.
- Servicios psicosociales de rehabilitación.
- Servicios de internación parcial y programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Evaluación y tratamiento individual y grupal de la salud mental.
- Exámenes psicológicos cuando son indicados clínicamente para evaluar un resultado de salud mental.
- Servicios para pacientes ambulatorios para controlar la terapia de medicamentos.
- Servicios de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.
- Consultas psiquiátricas.

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, entre otros.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol.</li> <li>• Tratamiento para el abuso de sustancias.</li> <li>• Asesoramiento grupal o individual brindado por un médico clínico calificado.</li> <li>• Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones.</li> <li>• Servicios en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios por consumo de alcohol o sustancias.</li> <li>• Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada.</li> </ul> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Se cubren la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Artículos de venta libre</b></p> <p>El plan cubre artículos de venta libre limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Health Net Cal MediConnect para obtener más información.</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$55 por trimestre calendario en artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) que cumplen con los requisitos.</p> <p>El beneficio para artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) se limita a un pedido por trimestre. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre calendario.</p> <p>Puede solicitar hasta nueve artículos iguales por trimestre calendario, a menos que se indique lo contrario en el manual. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede utilizar con el objetivo de solicitar productos de venta libre (OTC) para el afiliado.</p>
	<p><b>Servicios de internación parcial</b></p> <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><b>Nota:</b> Debido a que se necesita certificación de Medicare para Cal MediConnect, solo se cubre la internación parcial para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Servicios que paga el plan****Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico**

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes:
  - consultorio de un médico;
  - centro quirúrgico ambulatorio certificado;
  - departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.
- Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
- Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)

1. Ciertos servicios de telesalud, incluidos aquellos de atención primaria, especialistas y otros profesionales de la salud, y los servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica.
  - Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio.
2. Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado.
3. Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral.
4. Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente.
  - Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos, si no es un paciente nuevo.
  - Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de este en un plazo de 24 horas, si no es un paciente nuevo.
5. Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente.
  - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.
  - Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente:
    - cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas;
    - arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales;
    - extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas;
    - servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico.


*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Servicios de podiatría.</b></p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón).</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul> <p>El cuidado de los pies de rutina adicional se limita a 12 visitas por año, lo que incluye cortar o quitar callos y durezas, y cortar las uñas.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p>
	<p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de tacto rectal.</li> <li>• Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Prótesis y suministros relacionados

Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Se cubrirán las siguientes prótesis, y es posible que también otros suministros que no se detallan aquí:

- Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía.
- Nutrición enteral y parenteral, incluidos los equipos de suministros para alimentación, la bomba de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los suministros para las inyecciones autoadministradas.
- Marcapasos.
- Aparatos ortopédicos.
- Zapatos ortopédicos.
- Brazos y piernas ortopédicos.
- Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).
- Prótesis para reemplazar, en todo o en parte, una parte externa del rostro que haya sido removida o afectada debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Crema y pañales para la incontinencia.

También se pagarán algunos suministros relacionados con las prótesis. Además, se cubren las reparaciones o reemplazos de prótesis.

Ofrecemos cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección, en la página 116, para obtener más detalles.

No se pagarán las prótesis dentales.


*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión para los suministros y pañales para la incontinencia.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



<b>Servicios que paga el plan</b>	
	<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la enfermedad.</p> <p>Se cubren los siguientes servicios respiratorios para los pacientes que necesitan ventilación mecánica.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p><b>Detección de infecciones de transmisión sexual y orientación</b></p> <p>Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</i></p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Servicios que paga el plan

### Atención en un centro de enfermería especializada:

Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:

- Una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria.
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención; se incluyen sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea.
- Sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería.
- Pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería.
- Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados por centros de enfermería.
- Servicios de médicos/proveedores.

Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:

- Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería).
- Un centro de enfermería donde vive su esposo o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital.

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Terapia de ejercicios supervisada (SET)

Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada para afiliados con enfermedad de la arteria periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. Se cubrirá lo siguiente:

- Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET.
- 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario.

El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación).
- Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.
- Debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD.
- Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:

- un caso que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata;
- una enfermedad repentina;
- una lesión;
- una afección que necesita atención de inmediato.

Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede visitar a proveedores fuera de la red cuando no puede obtener atención de un proveedor de la red.

La atención requerida de urgencia que se recibe fuera de los Estados Unidos podría considerarse una emergencia conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” más abajo en esta Tabla de Beneficios, en la página 119.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de la vista

Se cubrirán los siguientes servicios:

- Un examen de la vista de rutina por año.
- Hasta \$250 para anteojos (marcos estándares y no estándares y lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de anteojos) cada dos años.
- Hasta \$250 para lentes de contacto electivos, ajuste y evaluación cada dos años\*, \*\*, \*\*\*.
- Examen de vista deficiente (hasta cuatro veces al año)\*\*\*\*.
- Aparatos para la vista deficiente\*\*\*\*.

\* Desde la fecha del servicio o la compra, los beneficios multianuales podrían no estar disponibles para años siguientes.

\*\* Deberá pagar el 100% de cualquier saldo restante que supere los \$250 de asignación.

\*\*\* Se cubren en su totalidad cada dos años los lentes de contacto, el ajuste y la evaluación necesarios para la vista.

\*\*\*\* Cobertura limitada a mujeres embarazadas o personas que viven en un centro de enfermería especializada cuando se cumple con los requisitos de diagnóstico y receta médica. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Examen: la evaluación profesional, el ajuste del aparato para la vista deficiente y la supervisión posterior, si corresponde; incluye seis meses de atención de seguimiento.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de la vista (continuación)

Los aparatos para la vista deficiente incluyen lo siguiente:

- Aparatos de mano para la vista deficiente y otros aparatos no montados en gafas.
- Aparatos para la vista deficiente de una lente montados en gafas.
- Sistemas de lentes telescópicos y otros sistemas de lentes compuestos, incluidos los sistemas de lentes compuestos y telescópicos para ver a larga y a corta distancia.

Atención de la vista (continuación) Servicios médicos de la vista:

Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión para realizarse exámenes de la vista cubiertos por Medicare. Los servicios médicos para la visión los brinda u organiza su PCP.

Se cubrirán los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, incluye los exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes, y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.

Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:

- personas con antecedentes familiares de glaucoma;
- personas con diabetes;
- afroamericanos mayores de 50 años;
- hispanoamericanos mayores de 65 años.

Se cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque una lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera). También se cubren lentes correctivos, marcos y reemplazos, si los necesita después de una extracción de cataratas sin implante de lente.

**La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan

### Atención de la vista (continuación)

#### Cómo usar sus beneficios para la vista

Este plan brinda cobertura para un examen de la vista de rutina por año, y lentes y accesorios cada 24 meses. Usted recibirá un examen anual de la vista de rutina (para determinar la necesidad de lentes y accesorios correctivos) y los lentes y accesorios que correspondan a través de un proveedor de la vista participante, no de su grupo médico.

Coordine su examen anual de la vista de rutina con un proveedor de la vista participante. Para encontrar un proveedor de servicios de la vista participante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O puede buscar uno en línea, en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Puede comprarle lentes y accesorios al proveedor que llevó a cabo el examen o elegir uno de una lista de proveedores de lentes y accesorios participantes en su área de servicio. Los lentes y accesorios que se adquieren de proveedores que no son participantes no están cubiertos. Para encontrar un proveedor de lentes y accesorios participante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O puede buscar uno en línea, en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Usted será responsable del pago de los servicios no cubiertos, como de cualquier monto que supere su asignación de lentes y accesorios, o las opciones cosméticas de lentes, como los revestimientos contra arañazos, los lentes progresivos, los tintes, etcétera. El pago de estos servicios no cubiertos se realizará directamente al proveedor de lentes y accesorios participante.

Eso es todo lo que se debe hacer para recibir el examen de la vista de rutina y nuevos anteojos o lentes de contacto.

Para ver una lista de las exclusiones de los servicios de la vista de rutina y lentes y accesorios, consulte la Sección F de este capítulo.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Servicios que paga el plan



### Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”

Cubrimos una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:

- Una revisión de su salud.
- Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas).
- Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite.

**Nota:** Se cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Part B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

*Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.*

*Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.*

### Cobertura internacional de emergencia/urgencia

“Cobertura internacional de emergencia/urgencia” se define como atención de urgencia o de emergencia y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos<sup>1</sup>.

- Se limita a servicios que serían clasificados como de emergencia, requeridos de urgencia o posteriores a la estabilización si hubieran sido brindados en los Estados Unidos<sup>1</sup>.
- Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de otro modo podría poner en peligro su salud.
- Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de divisas o de transacción) no están cubiertos.

Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia.

<sup>1</sup> Estados Unidos significa los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## E. Beneficios cubiertos fuera de Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect no cubre los siguientes servicios, pero puede obtenerlos por intermedio de Medicare o de Medi-Cal.

### E1. Transiciones Comunitarias de California

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT, por sus siglas en inglés), a través de organizaciones líderes locales, ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal que cumplen con los requisitos y que estuvieron internados en un centro durante al menos 90 días consecutivos con la transición para regresar a la comunidad y permanecer allí de manera segura. El programa CCT financia servicios de coordinación para la transición durante el período previo a la transición y durante 365 días después de esta para asistir a los beneficiarios en su regreso a la comunidad.

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

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

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

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

El proveedor le facturará los servicios a Health Net Cal MediConnect. Los servicios que se brindan después de su transición se pagarán a través de Health Net Cal MediConnect. Usted no paga estos servicios.

Health Net Cal MediConnect cubrirá los servicios que se detallan en la Tabla de Beneficios, en la Sección D de este capítulo, mientras usted reciba los servicios de coordinación de la transición del programa CCT.

#### **No hay cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos de Health Net Cal MediConnect:**

El programa CCT no cubre los medicamentos. Usted seguirá recibiendo su beneficio de medicamentos habitual a través de Health Net Cal MediConnect. Consulte el Capítulo 5, Sección F, página 145, para obtener más información.

**Nota:** Si necesita atención que no está relacionada la atención de transición del programa CCT, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no se brinda a través del programa CCT es atención que no está relacionada con su transición después de estar en una institución o centro. Para comunicarse con su coordinador de atención, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## E2. Programa Dental de Medi-Cal

Algunos servicios dentales están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal, por ejemplo, servicios como los que se mencionan a continuación:

- exámenes iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con fluoruro;
- restauraciones y coronas;
- tratamiento de conducto;
- dentaduras postizas, ajustes, reparaciones y revestimientos.

Los servicios dentales se ofrecen a través del pago por servicio del programa dental de Medi-Cal. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el programa dental de 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 del programa de servicios dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

Además del pago por servicio del programa dental de Medi-Cal, puede recibir beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. En el condado de Los Angeles hay planes de este tipo disponibles. Si quiere obtener más información sobre los planes dentales, si necesita ayuda para identificar su plan dental o si quiere cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Atención de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

## E3. Cuidado de enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que se paga con Health Net Cal MediConnect mientras usted recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

**Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que están relacionados con su enfermedad terminal:**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. A través de Medicare, se pagarán los servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

**Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que no están relacionados con su enfermedad terminal (excepto la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia):**

- El proveedor le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B. Usted no paga estos servicios.

**Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de Health Net Cal MediConnect:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 145, para obtener más información.

**Nota:** Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para comunicarse con su coordinador de atención, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

## F. Beneficios que no cubren Health Net Cal MediConnect, Medicare ni Medi-Cal

Esta sección le brinda información sobre qué tipos de beneficios son excluidos por el plan. Excluidos significa que nuestro plan no cubre estos beneficios. Tampoco los pagarán ni Medicare ni Medi-Cal.

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

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Si usted cree que deberíamos pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar un recurso, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Servicios que no se consideran razonables ni médicamente necesarios, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección J, página 62, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA supera el costo compartido conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde del costo compartido.
- Exámenes y tratamientos ordenados por un tribunal, excepto cuando son médicamente necesarios y están dentro de las visitas permitidas conforme al contrato del plan.
- Tratamiento en un centro de tratamiento residencial. Este beneficio puede estar disponible a través del plan de salud mental especializado del condado.
- Los servicios auxiliares, como la rehabilitación vocacional y otros servicios de rehabilitación (este beneficio puede estar disponible a través del plan de salud mental especializado del condado) y servicios de nutrición.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas, a excepción de aquellas realizadas por un psicólogo con licencia para asistir en la planificación de un tratamiento, lo que incluye la administración de medicamentos y la aclaración de un diagnóstico, y excluye específicamente todas las pruebas educativas, académicas y de logros, pruebas psicológicas relacionadas con afecciones médicas o para determinar la preparación quirúrgica y los informes automatizados por computadora.
- El daño que usted le ocasione a un hospital o centro.
- Tratamiento para la biorretroalimentación o hipnoterapia.
- Estimulación magnética transcraneal.
- Códigos V enumerados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM 5.
- Servicios que en Health Net Cal MediConnect se consideran experimentales o en etapa de investigación.
- Servicios que se recibieron fuera de su estado de residencia primaria, excepto en el caso de los servicios de emergencia y otros servicios que Health Net Cal MediConnect autorice.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Terapia electroconvulsiva, a menos que Health Net Cal MediConnect la autorice.
- Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. Sin embargo, ciertos servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas, se brindarán a través del programa estatal Denti-Cal. Consulte la sección “Servicios dentales” en la Tabla de Beneficios para obtener más información.

**Exclusiones de lentes, accesorios y servicios de la vista de rutina no cubiertos por Medicare:**

- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Comuníquese con el plan para obtener más información sobre descuentos en procedimientos LASIK.
- Capacitación de ortóptica o de la vista, y cualquier prueba suplementaria asociada.
- Terapia corneal refractiva.
- Ortoqueratología (un procedimiento que utiliza lentes de contacto para cambiar la forma de la córnea, para reducir la miopía).
- Reajuste de lentes de contacto después del período inicial de ajuste (90 días).
- Lentes sin aumento, lentes de contacto sin aumento (lentes con una corrección refractiva menor a + 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
- Lentes, accesorios y lentes de sol que no necesitan receta médica.
- Complementos para lentes.
- Reemplazo de lentes y marcos que se brindaron conforme a este plan y que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos (para saber cuáles son los tratamientos quirúrgicos cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios que aparece anteriormente en este capítulo).
- Tratamiento correctivo de la vista de índole experimental.
- Lentes de contacto sin aumento para cambiar el color de ojos solo por cosmética.
- Costos de servicios o materiales que excedan las asignaciones del plan de beneficios.
- Lentes de contacto artísticos.
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Visitas al consultorio adicionales por patologías relacionadas con los lentes de contacto.
- Pólizas de seguro o contratos de servicio de lentes de contacto.
- Servicios o suministros para la vista proporcionados por un proveedor no participante.
- Los medicamentos que requieren receta médica o los de venta libre para pacientes ambulatorios no están cubiertos como parte de sus beneficios de atención de la vista. Consulte la Tabla de Beneficios que aparece anteriormente en este capítulo. Además, en los Capítulos 5 y 6, encontrará más información sobre los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios en el marco de sus beneficios médicos o de medicamentos recetados.
- Los aparatos para la vista (que no sean anteojos o lentes de contacto) o aparatos para la vista deficiente como se detalla en la Tabla de Beneficios que aparece anteriormente en este capítulo.
- Lentes y accesorios correctivos que un empleador exige para un empleo, y lentes y accesorios de seguridad, a menos que estén cubiertos específicamente por el plan.
- Servicios o materiales de la vista que se le brindaron con otro plan de beneficios grupal que proporciona atención de la vista.
- Servicios de la vista que se brindaron después de que terminó su cobertura, excepto cuando los materiales se hayan pedido antes de que terminara la cobertura y los servicios se hayan brindado en un período de 31 días desde la fecha de dicho pedido.
- Los servicios de la vista que se brindan por las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o por leyes similares, o que son requeridos por una agencia o programa gubernamental tanto federal como estatal, o subdivisiones de estos.
- Servicios o materiales de la vista que no se indican en este Manual del Afiliado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

---

### Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos que cubre Medicare Part D y Medi-Cal. En el Capítulo 6, Sección D3, página 155, se explica lo que paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Health Net Cal MediConnect también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Part A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Part B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 71.

### Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

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

1. Usted debe solicitarle a un médico u otro proveedor que escriba su receta médica. Esta persona, por lo general, es su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.
  - Si no está ahí, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 228, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



4. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas. Para medicamentos cubiertos por Medi- Cal, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas .....	131
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red .....	131
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica .....	131
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red .....	131
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red .....	131
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada.....	132
A6. Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos.....	132
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo .....	134
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan .....	134
A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica .....	135
B. Lista de Medicamentos del plan.....	135
B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos.....	135
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos.....	136
B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos.....	136
B4. Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos .....	137
C. Límites de algunos medicamentos.....	138
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto .....	139
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	139
E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	142
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	145
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por nuestro plan.....	145
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo .....	145

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare ..... 145
- G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos ..... 146
  - G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura ..... 146
  - G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos ..... 146
  - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura ..... 147

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Cómo surtir sus recetas médicas

### A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, se cubrirán las recetas médicas **solo** si se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

### A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica

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

Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado en el momento de surtir la receta médica, pida en la farmacia que alguien se comuniqué con nosotros para obtener la información necesaria.

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

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

### A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita la repetición de una receta médica, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si le quedan repeticiones.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

### A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

### **A5. Cómo comprar en una farmacia especializada**

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo.
  - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red, o si tiene problemas para acceder a sus beneficios en medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren manipulación e instrucciones especiales para su utilización.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

### **A6. Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados con "NM" en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo dentro de los 10 o 14 días. Si su compra por correo se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a CVS Caremark al 1-888-624-1139 (TTY: 711).

## Procesos de compra por correo

El servicio de compra por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia, para las recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor y para las repeticiones de sus recetas de compra por correo:

### 1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

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

Después de recibir la receta médica que envía un proveedor de atención de salud, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si quiere surtir el medicamento inmediatamente o después.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (concentración, cantidad y fórmula) y, en caso de que sea necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo cobre y se lo envíen.
- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

### 3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, comuníquese con la farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de compra por correo, comuníquese con nosotros. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a su farmacia de compra por correo:

CVS Caremark: 1-888-624-1139 (TTY: 711)

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de repetición automática o si su información de contacto cambia.

## **A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo**

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la sección anterior en la página 132.

## **A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan**

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan.

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

### **A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica**

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total, en lugar de un copago, cuando le surtan su receta médica. Puede solicitar que le paguemos nuestra parte del costo.

Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162.

---

## **B. Lista de Medicamentos del plan**

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

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le informa si existe alguna regla que deba cumplir para poder obtener los medicamentos.

Cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

### **B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos**

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos y productos que requieren receta médica y de venta libre que están cubiertos por los beneficios de Medi-Cal.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, tienen la misma eficacia, pero cuestan menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos que requieren receta médica y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

## **B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos**

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

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

## **B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos**

No cubrimos todos los medicamentos que requieren receta médica. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de Medicamentos.

Health Net Cal MediConnect no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233).

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

1. Con la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Part D y de Medi-Cal) no se puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Part A o Part B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Part A o Part B están cubiertos por Health Net Cal MediConnect de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina “uso no indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

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

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

#### **B4. Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos**

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de tres niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica [Rx, por sus siglas en inglés] y medicamentos de venta libre [OTC, por sus siglas en inglés] no cubiertos por Medicare), incluye algunos medicamentos genéricos y de marca Rx y OTC cubiertos por Medi-Cal.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos.

En el Capítulo 6, Sección D3, página 155, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## C. Límites de algunos medicamentos

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

**Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos.** Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitar que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 228.

### 1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible su versión genérica

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, en las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Normalmente, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa la razón médica por la que el medicamento genérico no será eficaz para usted, cubriremos el medicamento de marca.
- El copago por medicamentos de marca podría ser mayor que el de un medicamento genérico.

### 2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Health Net Cal MediConnect antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que no se cubran los medicamentos a través de Health Net Cal MediConnect.

### 3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, queremos que pruebe medicamentos de costo más bajo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos solicitarle que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina “terapia escalonada”.

#### 4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

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

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

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar, no. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, en la página 138, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que receta pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera.

### D1. Cómo obtener un suministro temporal

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:**

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted ha permanecido en el plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
  - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de atención a largo plazo o sale de uno.
  - Si sale de un centro de atención a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro para un total de 30 días.
  - Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.
  - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por nuestro plan que le sirva. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

#### **O BIEN**

- Puede solicitar una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, pueden solicitar que cubramos un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede pedir que cubramos ese medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

Si un medicamento que está tomando se retirará de la Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Luego, usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 228.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

---

## E. Cambios en la cobertura de medicamentos

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

- Decidir si exigir o no exigir aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso que le debe dar Health Net Cal MediConnect antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (denominado “límite de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada se refiere a que usted debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C que aparece anteriormente en este capítulo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.




**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

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

- Surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos.
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro.
- Un medicamento se retira del mercado.

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

- Consultar la Lista de Medicamentos actualizada en línea, en [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 
- Para consultar la Lista de Medicamentos actual, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos tendrán lugar **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o más bajo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Consulte a su médico sobre otras opciones.

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

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y actuamos de alguna de estas maneras:
  - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos.
  - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

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

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si existe un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar, o
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 228.

**Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no lo afectan ahora.**

En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).





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

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por nuestro plan

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

Si quiere obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga, consulte el Capítulo 6, Sección D3, página 155.

### F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

En general, un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

### F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente.

- Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro en la que se informe que el medicamento no está relacionado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



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

Si se va del centro de cuidado de enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Part D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado de enfermos terminales, consulte el Capítulo 4, Sección E3, página 121.

---

## **G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos**

### **G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura**

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.
- Medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

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

### **G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos**

Si toma medicamentos para tratar afecciones médicas diferentes o participa en un programa de administración de medicamentos que lo ayuda a usar sus medicamentos opioides de manera segura, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma.
- Las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos.
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos.
- Las preguntas o los problemas que tenga sobre su receta médica y los medicamentos de venta libre.

Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace. Además, obtendrá información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

### **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura**

Health Net Cal MediConnect cuenta con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides que requieren receta médica u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que la manera en la que toma las benzodiacepinas o los opioides recetados no es segura,

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en **ciertas farmacias** o a través de **ciertos médicos**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si pensamos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse.

**Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y de brindarnos cualquier otro dato que considera que es importante que conozcamos.** Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, el plan evaluará su caso y le informará sobre nuestra decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación y qué es la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233).

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

- si usted tiene determinadas enfermedades, como cáncer o anemia falciforme;
- si recibe cuidado de enfermos terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida;
- si vive en un centro de atención a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medi-Cal

---

### Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre cuánto paga por los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal;
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que cumple con los requisitos para Medi-Cal, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare Part D para pagar los medicamentos que requieren receta médica.

**Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

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

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
  - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
    - qué medicamentos pagamos;
    - en cuál de los tres niveles de costo compartido está cada medicamento;
    - si hay algún límite para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.
  - En el Capítulo 5, Sección A, página 131, se informa cómo obtener los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
  - Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
  - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 131.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB, por sus siglas en inglés) .....	152
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos .....	153
C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Part D .....	154
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial .....	154
D1. Sus opciones de farmacias.....	155
D2. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo.....	155
D3. Qué paga usted .....	155
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial .....	157
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica .....	157
F. Los costos del medicamento si su médico receta un suministro para menos de un mes completo.....	157
G. Asistencia con el costo compartido de las recetas médicas para personas con VIH/sida.....	158
G1. Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida .....	158
G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP .....	158
G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP.....	158
H. Vacunas .....	159
H1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna.....	159
H2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Part D .....	159

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

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

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Costos de desembolso.** Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica.
- **Los costos totales de medicamentos.** Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que nosotros pagamos.

Cuando obtiene medicamentos que requieren receta médica a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la EOB para abreviar. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que usted toma, por ejemplo, si aumentan de precio o si hay otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Puede hablar con la persona que receta sobre estas opciones más económicas. La EOB contiene lo siguiente:

- **Información sobre el mes.** El resumen indica qué medicamentos que requieren receta médica obtuvo. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagamos y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que receta para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de desembolso.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la Lista de Medicamentos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

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

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

### 1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

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

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. Puede solicitar que le paguemos nuestra parte del costo del medicamento.

A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162.

### 3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, Health Net Cal MediConnect paga todos los costos de los medicamentos de la Part D durante el resto del año.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

#### 4. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, que algo está mal, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitar la eEOB en [www.caremark.com](http://www.caremark.com). Si decide hacerlo, recibirá un correo electrónico cuando su eEOB esté lista para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB no impresas. Estas eEOB son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

### C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Part D

Hay dos etapas de pago en la cobertura de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D conforme a Health Net Cal MediConnect. Lo que usted paga depende de la etapa en la que esté cuando surte una receta médica o pide una repetición. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022.</p> <p>Usted comienza esta etapa una vez que haya pagado un monto determinado de costos de desembolso.</p>

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina “copago”. El copago depende del nivel de costo compartido del medicamento y de dónde lo obtiene.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los tres niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel, más alto es el copago. Para conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte la Lista de Medicamentos.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$3.95, según sus ingresos.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$9.85, según sus ingresos.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica [Rx, por sus siglas en inglés] y medicamentos de venta libre [OTC, por sus siglas en inglés] no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca Rx y OTC cubiertos por Medi-Cal. El copago es de \$0.

## D1. Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- una farmacia de la red;
- una farmacia fuera de la red.

En ciertas ocasiones, cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 134, para saber cuándo podemos hacerlo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 131, de este manual y de nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

## D2. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el Capítulo 5, Sección A7, página 134 o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

## D3. Qué paga usted

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted podría pagar un copago cada vez que surte una receta médica. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información sobre cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica que está cubierto a través de los siguientes:**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

	<b>Una farmacia de la red</b>  Un suministro de un mes o de hasta 90 días	<b>El servicio de compra por correo del plan</b>  Un suministro de un mes o de hasta 90 días	<b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b>  Un suministro de hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b>  Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 134, para obtener más información.
<b>Costo compartido Nivel 1</b>  (medicamentos genéricos)	Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$1.35 o \$3.95  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.
<b>Costo compartido Nivel 2</b>  (medicamentos de marca)	Copago de \$0, \$4 o \$9.85  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$4 o \$9.85  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$4 o \$9.85  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.	Copago de \$0, \$4 o \$9.85  según su nivel de cobertura de Medi-Cal.
<b>Nivel 3</b>  (medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

#### **D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial**

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza una vez que sus costos totales de desembolso alcancen los \$7,050. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubriremos todos los costos de medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Sus EOB lo ayudarán a hacer un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos cuando alcance el límite de \$7,050. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

---

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

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de \$7,050 por sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en dicha etapa hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, se pagarán los costos de sus medicamentos de Medicare a través del plan.

---

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

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. No obstante, su médico puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes completo.

- Puede haber ocasiones en las que usted quiera pedirle a su médico que recete un suministro para menos de un mes completo (por ejemplo, cuando está por probar un medicamento por primera vez y se sabe que podría tener efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando le recetan un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días para los que recibe el medicamento. Calcularemos el monto por día que usted paga por el medicamento (la “tasa de costo compartido diaria”) y lo multiplicaremos por el número de días para los que recibe el medicamento.

- Por ejemplo, digamos que el copago del medicamento para un suministro de un mes completo (de 30 días) es \$1.35. Esto significa que el importe que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total inferior a \$0.35.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- El costo compartido diario le permite asegurarse de que el medicamento le sirve antes de pagar un suministro para un mes completo.
- Usted también puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo si eso lo ayudará a lo siguiente:
  - Planificar mejor cuándo repetir las recetas de sus medicamentos.
  - Coordinar las repeticiones con otros medicamentos que toma.
  - Ir menos veces a la farmacia.

---

## **G. Asistencia con el costo compartido de las recetas médicas para personas con VIH/sida**

### **G1. Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que cumplen con los requisitos tengan acceso a los medicamentos para el VIH/sida que podrían salvarles la vida. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D para pacientes ambulatorios y que también tienen cobertura del ADAP reúnen los requisitos para la asistencia con el costo compartido de las recetas médicas para personas con sida inscritas en el ADAP, a través de la Oficina para Personas con Sida del Departamento de Salud Pública de California.

### **G2. Qué debe hacer si no está inscrito en el ADAP**

Para obtener más información sobre los requisitos, los medicamentos cubiertos o la manera para inscribirse en este programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web del Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

### **G3. Qué debe hacer si ya está inscrito en el ADAP**

El ADAP puede continuar brindando asistencia a los clientes del ADAP con el costo compartido de los medicamentos que figuran en el Formulario del ADAP, para las recetas médicas de Medicare Part D. A fin de garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, informe al asesor de inscripción del ADAP local cualquier cambio en su plan o número de póliza de Medicare Part D. Si necesita ayuda para encontrar el sitio o el trabajador de inscripción en el ADAP más cercanos, llame al 1-844-421-7050 o ingrese en el sitio web antes mencionado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de Medicare Part D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

### H1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planea recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna a través de nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Health Net Cal MediConnect para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Part D.

### H2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Part D

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 71.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en la Lista de Medicamentos del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de Medicare Part D.

A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Part D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
  - Usted pagará un copago por la vacuna.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
  - Usted pagará un copago al médico por la vacuna.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.
  - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
  - Usted pagará un copago por la vacuna.
  - Se cubrirá el costo de la aplicación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos .....	162
B. Cómo enviar una solicitud de pago .....	164
C. Decisiones de cobertura.....	166
D. Apelaciones.....	166

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si usted recibe una factura por el costo total de la atención de salud o los medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B, página 164.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas. Si no sabe qué monto debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió:

### 1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Debe solicitarle al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
  - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
  - Si usted ya pagó el servicio, le reembolsaremos el monto.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect al obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura.**

- Como afiliado a Health Net Cal MediConnect, usted solo debe pagar el copago cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más que este monto. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, igual usted no debe pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más que lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que le corresponde según el plan.

## 3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica.

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

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 134, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

## 4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado.

Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## 5. Cuando paga el costo total de una receta médica, pero el medicamento no está cubierto.

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

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) o tenga un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no se aplican a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
  - Si usted no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 230).
  - Si usted y el médico u otra persona que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 230).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico o de otra persona que receta para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233.

---

## B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda al coordinador de atención.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- No es obligación que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información de forma más rápida.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)), o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar el formulario.

Envíenos por correo la solicitud y el comprobante de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a una de las siguientes direcciones: Debe proporcionar un tipo de comprobante de pago aprobado, por ejemplo, un cheque cancelado, un extracto de cuenta de la tarjeta de crédito o débito, o un recibo de transferencia bancaria.

Dirección para el envío de reclamos médicos:

**Health Net Cal MediConnect**  
Health Net Community Solutions, Inc.  
PO Box 9030  
Farmington, MO 63640- 9030

**Debe enviarnos su reclamo en el plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Dirección para el envío de reclamos de farmacia:

**Health Net Cal MediConnect**  
Part D Prescription Drug Claims  
Attn: Pharmacy Claims  
PO Box 31577  
Tampa, FL 33631-3577

**Debe enviarnos su reclamo en el plazo de tres años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si la atención de salud o el medicamento están cubiertos por nuestro plan.**

También decidiremos el monto, si corresponde, que usted tiene que pagar por la atención de salud o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que la atención de salud o el medicamento están cubiertos, y usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque para cubrir nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, Sección B, página 43, explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El Capítulo 5, Sección A, página 131, explica las reglas para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no realizaremos el pago. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.

---

## D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitar que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección E5, página 223.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 233.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado a nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Your right to get information in a way that meets your needs .....	169
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma .....	182
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal .....	183
C1. Cómo protegemos su PHI .....	183
C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos .....	183
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos .....	193
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted .....	194
F. Su derecho a abandonar nuestro plan Cal MediConnect .....	194
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud.....	195
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud.....	195
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud.....	195
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones .....	196
H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	197
H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos .....	197

---

**If you have questions**, please call Health Net Cal MediConnect at 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- I. Derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados..... 197
- J. Evaluación de tecnologías nuevas y existentes..... 198
- K. Sus responsabilidades como afiliado al plan ..... 199

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:
  - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
  - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Health Net Cal MediConnect Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## لديك الحق في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشارك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. خطتنا لديها أشخاص يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصيغ مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تريد خطة Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. وهذا يسمى "طلب دائم". وستقوم بتوثيق اختيارك. يُرجى الاتصال بنا في حالة:
  - كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.
  - كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو عجز وتريد تقديم شكوى، فاتصل بخطة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ձեր իրավունքը ստանալ տեղեկություններ այնպես, որը բավարարում է ձեր կարիքները

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր անզլերենից տարբերվող այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակ, բրեյլ կամ ձայնագրություն: Եթե հետագա առաքումների համար փաստաթղթերը ցանկանում եք ստանալ մեկ այլ լեզվով և/կամ ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին: Health Net Cal MediConnect Plan-ը (Medicare-Medicaid Plan) ցանկանում է հավաստիանալ, որ դուք հասկանում եք ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվությունը: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Մա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.
  - Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
  - Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ձեր ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել, գանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք գանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



# សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកម្នាក់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់លោកម្នាក់តាមរបៀបដែលលោកម្នាក់អាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកម្នាក់អំពីសិទ្ធិនានារបស់លោកម្នាក់ជាវៀងរាល់ឆ្នាំដែលលោកម្នាក់ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលលោកម្នាក់អាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់លោកម្នាក់បានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈដល់លោកម្នាក់ជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសម្លេង។ ប្រសិនបើលោកម្នាក់ចង់ទទួលបានឯកសារជាភាសា និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើតាមសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង Health Net Cal MediConnect (គម្រោង Medicare-Medicaid) ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា លោកម្នាក់យល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់លោកម្នាក់។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកម្នាក់ជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើលោកម្នាក់ស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងខ្ញុំនឹងចងក្រងឯកសារបម្រើរបស់លោកម្នាក់។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើ៖
  - លោកម្នាក់ចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកម្នាក់ជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាល វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ លោកម្នាក់អាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
  - លោកម្នាក់ចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងធ្វើទៅកាន់លោកម្នាក់។

ប្រសិនបើលោកម្នាក់ត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់លោកម្នាក់ លោកម្នាក់អាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711)។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ វៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកម្នាក់អាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកម្នាក់វិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



ប្រសិនបើលោកម្នាក់កំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ នោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយលោកម្នាក់ចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ លោកម្នាក់អាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ម្នាក់ប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានផ្លូវអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការរៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកម្នាក់អាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកម្នាក់វិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## 您有權以符合您需求的方式取得資訊

我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關計畫的福利及您的權利。只要您尚在本計畫中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人士可為您解答疑問。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若您想要取得其他語言和/或格式的文件以供未來郵寄使用，請致電會員服務部。**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：
  - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語（高棉語）、中文（繁體字）、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
  - 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電 1-855-464-3571（聽障專線：711）聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您因語言問題或殘疾，而在向本計畫取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，

每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如需有關向 Medi-Cal 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點聯繫會員服務部，電話是 1-855-464-3571

（聽障專線：711）。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## حق شما برای دریافت اطلاعات به نحوی که متناسب با نیازتان باشد

ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوییم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی را که در برنامه درمانی ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌ها پاسخ دهند.
  - برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و قالب صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید، لطفاً با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** می‌خواهد مطمئن شود که شما اطلاعات برنامه درمانی خود را درک می‌کنید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:
- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
  - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

اگر برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

اگر به‌خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리

당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 고객께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 고객의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 향후 우편 발송 시 다른 언어 및 형식으로 작성된 문서를 수신하기 원하시면 가입자 서비스에 문의해 주십시오.  
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 연락하십시오.
  - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
  - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하길 원하시면, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 문의해 주십시오. 연중무휴 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대한 자세한 내용은 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 8시에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Vaše pravo na polučenie informacii v sootvetstvii s vašimi potrebnošćami

O strahovom pokrýtii plana i vaših pravah my dolžny soobščat' vam v ponjatnoj dla vas forme. Poča vy oštаетьe učastnikom našego plana, my dolžny každyj god soobščat' vam o vaših pravah.

- Чtoby polučit' informaciu v udobnoj dla vas forme, pozvonite v otdel obsluživania učastnikov plana. V našem plane rabotajut ljudi, kotorye mogut otvečat' na voprosy na raznyh jazykah.
- Naš plan takže može predostavit' vam materialy na jazykah, otličnyh ot anglijskogo, i v drugih formatah, naprimer napечатанными крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудиозаписи. Если вы желаете в будущем полučать документы на другом языке и/или в ином формате, позвоните в наш otdel obsluživania učastnikov plana. Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы укажем ваш выбор в документах. Позвоните нам, если:
  - вы хотите полučать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате;
  - вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь, чтобы понять информацию, представленную в материалах плана, обратитесь в otdel obsluživania učastnikov plana Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Время работы: с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Если у вас возникли сложности с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Чтобы узнать, как подать жалобу в Medi-Cal, обратитесь в otdel obsluživania učastnikov plana по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender e informarle. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como en braille, en audio o en letra grande. Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:
  - Si quiere recibir sus materiales en árabe, chino (caracteres tradicionales), farsi, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
  - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Ang inyong karapatang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga tao na makakasagot sa inyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto ninyong makuha ang mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gustong masiguro ng Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) na nauunawaan ninyo ang impormasyon sa inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Tumawag sa amin kung:
  - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
  - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo ang mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa ng mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect sa 1-855-464-3571 (TTY: 711). Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận tài liệu bằng ngôn ngữ và/hoặc định dạng khác để trao đổi thư từ trong tương lai, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:
  - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khơ-me), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và/hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở một định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch vụ hội viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn than phiền với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch vụ hội viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Si no puede conseguir una cita a tiempo para recibir servicios cubiertos y su médico considera que usted no puede esperar una cita por más tiempo, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect para que lo puedan ayudar. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Para obtener más información acerca de qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como su PCP y cómo elegir uno, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 46.
  - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
  - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 51.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, tiene derecho a mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales durante hasta 12 meses si se cumplen determinadas condiciones. Si quiere obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 12.
- Usted tiene derecho a dirigir su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El Capítulo 9, Sección E, página 210, le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9, Sección D, página 206, también le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal

Protegemos su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye expedientes médicos y otra información médica y de la salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que se informa sobre estos derechos y también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

### C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Si lo hacemos, se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso escrito.

En determinados casos, no se nos exige obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar su PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a divulgar su PHI por orden judicial.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales. Si compartimos su información con Medi-Cal, también se hará conforme a las leyes federales y estatales.

### C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar una copia de sus expedientes médicos.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Aviso de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

**Fecha de entrada en vigor: 08.14.2017**

### **Deberes de las entidades cubiertas:**

Health Net\*\* (a la que se hace referencia como “nosotros” o “el Plan”) es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996. Las leyes exigen que Health Net mantenga la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), que se le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, que acepte los términos del aviso vigente, y que le informe cualquier violación a la confidencialidad de esa información. La PHI es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede ser utilizada, de manera razonable, para identificarlo y que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención de salud para usted o con el pago de dicha atención.

Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI, y cómo ejercer esos derechos. Se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso solamente con su autorización por escrito.

**\*\* Este Aviso de Prácticas de Privacidad también se aplica a las personas inscritas en cualquiera de las siguientes entidades de Health Net:**

Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC y Health Net Life Insurance Company, que son subsidiarias de Health Net, LLC. y de Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales o marcas de servicio identificadas siguen siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados. Rev. 04/06/2018

Health Net se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Health Net revisará y distribuirá de inmediato este aviso siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- los usos o las divulgaciones;
- sus derechos;
- nuestras obligaciones legales;
- otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Todos los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web y en nuestro Manual del Afiliado.

### **Protección interna de la PHI oral, escrita y electrónica:**

Health Net protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo. Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad. Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

### **Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:**

A continuación, se describe cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos utilizar su PHI o divulgarla a un médico u otro proveedor de atención de salud que le esté proporcionando un tratamiento para coordinar el tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos utilizar su PHI o divulgarla para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le hayan proporcionado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:
  - procesamiento de reclamos;
  - determinación de elegibilidad o cobertura para los reclamos;
  - emisión de facturas de primas;
  - revisión de la necesidad médica de los servicios;
  - revisión de la utilización de los reclamos.
- **Operaciones de atención de salud:** podemos utilizar su PHI y divulgarla para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
  - prestación de servicios al cliente;
  - respuesta a quejas y apelaciones;
  - administración de casos y coordinación de la atención;
  - revisión médica de reclamos y otras evaluaciones de calidad;
  - actividades de mejoramiento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Estableceremos acuerdos escritos con estos socios para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted en cuanto a las actividades de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad;
- revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
- administración de casos y coordinación de la atención;
- detección o prevención de fraudes y abusos en la atención de salud.

**Divulgación al plan de salud de grupo o al patrocinador del plan:** podemos divulgar la información médica protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica si el patrocinador aceptó ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (como acordar no utilizar la información de salud protegida para las acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

#### **Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:**

- **Actividades de recaudación:** podemos utilizar su PHI o divulgarla en relación con actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o una entidad similar a fin de ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción:** podemos utilizar su PHI o divulgarla con fines de suscripción, como para tomar una decisión sobre un pedido o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de citas o alternativas de tratamiento:** podemos utilizar su PHI y divulgarla a fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o a fin de proporcionarle información sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o para adelgazar.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y esté limitado a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Actividades de salud pública:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, si consideramos razonablemente que hubo abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:
  - orden de un tribunal;
  - orden de un tribunal administrativo;
  - citación;
  - notificación;
  - orden judicial;
  - solicitud de exhibición de pruebas;
  - otras solicitudes legales similares.
- **Aplicación de la ley:** podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite. Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:
  - orden judicial;
  - orden de un tribunal;
  - citación;
  - notificación emitida por un funcionario judicial;
  - citación de un gran jurado.Además, podemos divulgar la PHI pertinente para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.
- **Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.
- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También la podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de los siguientes:
  - órganos cadavéricos;
  - ojos;
  - tejidos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Amenazas a la salud y la seguridad:** podemos usar su PHI o divulgarla si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave a la salud o seguridad pública o de una persona.
- **Funciones gubernamentales especiales:** si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a las siguientes personas/entidades o para los siguientes fines:
  - los funcionarios federales autorizados, para aplicarla a actividades de seguridad nacional e inteligencia;
  - el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica;
  - los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.
- **Indemnización por accidentes y enfermedades laborales:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién sea el culpable.
- **Situaciones de emergencia:** en situaciones de emergencia, o si no está en condiciones de hacerlo o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.
- **Reclusos:** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de aplicación de la ley, cuando esa información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad, o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** en ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando se haya aprobado el estudio de investigación clínica y se hayan tomado medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

### **Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito**

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

**Venta de la PHI:** le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la información médica personal.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Comercialización:** solicitaremos su autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

**Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas, con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención de salud.

### **Derechos de las personas**

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** puede revocar su autorización en cualquier momento. Dicha revocación de su autorización debe realizarse por escrito. La revocación entrará en vigor inmediatamente, salvo que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización y antes de haber recibido su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, así como también sobre las divulgaciones a personas que participen en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho se aplica solo en los siguientes casos: (1) la comunicación divulga información médica o el nombre y la dirección del proveedor en relación con la recepción de servicios delicados; o (2) la divulgación de la totalidad o de una parte de la información médica o del nombre y la dirección del proveedor podría ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero en ella debe indicar con claridad que la comunicación divulga información médica o el nombre y la dirección del proveedor en relación con la recepción de servicios delicados o que la divulgación de la totalidad o de una parte de la información médica o del nombre y la dirección del proveedor podría ponerlo en peligro si no se modificaran los medios o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Derecho a acceder a su PHI o a obtener copias de esta:** usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer la PHI, que se encuentra en un conjunto de expedientes designados, u obtener copias de esta. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le brindaremos una explicación por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados y cómo solicitar la revisión, o si el rechazo no puede ser revisado.
- **Derecho a modificar su PHI:** usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de todas las oportunidades en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI en los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.
- **Derecho a presentar una queja:** si usted considera que se violaron sus derechos de privacidad o que no respetamos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por teléfono mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso. Para las quejas de afiliados a Medi-Cal, los afiliados también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios de Atención Médica que se menciona en la sección siguiente.

Además, puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989), o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

**Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento mediante la lista de información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

**Información de contacto**

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

**Health Net Privacy Office**

Attn: Privacy Official

P.O. P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409

**Teléfono: 1-855-464-3571 (TTY: 711)**

Fax: 1-818-676-8314

Correo electrónico:

[Privacy@healthnet.com](mailto:Privacy@healthnet.com)

Para afiliados a Medi-Cal únicamente: Si cree que no hemos protegido su privacidad y quiere presentar una queja, llame a los siguientes números o escriba a la siguiente dirección:

Privacy Officer  
c/o Office of Legal Services  
California Department of Health Care Services  
1501 Capitol Avenue, MS 0010  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 1-916-445-4646 o 1-866-866-0602 (TTY/TDD: 1-877-735-2929)

Correo electrónico: [Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE LA INFORMACIÓN FINANCIERA**

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU **INFORMACIÓN FINANCIERA** Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Asumimos el compromiso de mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, la información financiera personal es la información de una persona inscrita o de un solicitante de cobertura de atención de salud, que identifica a la persona, no suele ser pública y se obtiene de la propia persona o mediante la cobertura de atención de salud que se le brinda.

**Información que recolectamos:** Recolectamos esta información financiera personal de las siguientes fuentes:

- información que recibimos en sus solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social;
- información acerca de sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de primas e historial de reclamos;
- información de informes del consumidor.

**Divulgación de información:** No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros afiliados o exafiliados a terceros, a excepción de lo que exige o permite la ley. Por ejemplo, en el transcurso de nuestras prácticas comerciales generales, según lo que esté permitido por ley, podremos divulgar la información financiera personal que recopilamos acerca de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- nuestras filiales corporativas, como otras aseguradoras;
- compañías no afiliadas, para llevar a cabo nuestras actividades comerciales cotidianas; por ejemplo, para procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales;
- compañías no afiliadas que nos prestan servicios, los que incluyen enviar comunicaciones promocionales de parte nuestra.

**Confidencialidad y seguridad:** Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con los estándares federales y estatales aplicables, a fin de proteger su información financiera personal contra riesgos, como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios protegidos, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

**Preguntas sobre este aviso:** Si tiene preguntas sobre este aviso, llame al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación o a Health Net, al 1-855-464-3571 (TTY: 711).

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





---

## D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Health Net Cal MediConnect, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para recibir los servicios de un intérprete, llámenos al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. También puede obtener este manual sin cargo en los siguientes idiomas:

- árabe
- armenio
- camboyano
- chino
- farsi
- coreano
- ruso
- español
- tagalo
- vietnamita

También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan.
  - Información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados.
  - Información sobre cómo abandonar el plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
  - Información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
  - Antecedentes de nuestros proveedores y farmacias de la red.
  - Información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y reglas que usted debe cumplir, incluido lo siguiente:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
  - Límites de cobertura y medicamentos.
  - Reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - La presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto.
  - El cambio de una decisión que hayamos tomado.
  - El pago de una factura que recibió.

---

## E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobró. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 162.

---

## F. Su derecho a abandonar nuestro plan Cal MediConnect

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si ya no lo quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención de salud a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C, página 260, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan nuevo de Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos que requieran receta médica.
- Se le seguirán proporcionando beneficios de Medi-Cal a través de Health Net Community Solutions, Inc., a menos que usted elija un plan diferente en este condado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

### G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando solicita servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección 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 se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Rechazar.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento que le hayan recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento que le recetaron, no lo sacaremos del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9, Sección D, página 206, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

### G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento en vida y el poder legal para la atención de salud son ejemplos de este tipo de documentos.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medi-Cal, como el Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés), también pueden tener los formularios de instrucciones anticipadas.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**
  - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.
  - Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.

### **G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones**

Si usted firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## H. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección E, página 210, se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

### H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios al Afiliado.
- Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 30.
- Programa de Defensoría de Cal MediConnect. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I, página 34.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus Derechos y Protecciones en Medicare) que se encuentra en el sitio web de Medicare: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

---

## I. Derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados

Si tiene preguntas o inquietudes sobre los derechos y las responsabilidades, o si tiene sugerencias a fin de mejorar nuestra política de derechos de los afiliados, comparta lo que piensa con nosotros. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## J. Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas; también incluyen aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos existentes. Nuestro plan respeta las determinaciones de cobertura nacionales y locales de Medicare cuando corresponde.

Ante la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, evaluamos la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes con el fin de incluirlas en los planes de beneficios correspondientes, para asegurarnos de que los afiliados tengan acceso a atención segura y eficaz mediante la realización de una valoración crítica de la literatura médica actual presente en publicaciones revisadas por pares, incluidas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, estudios de pruebas diagnósticas con resultados estadísticamente significativos que demuestren seguridad y la eficacia, y la revisión de pautas basadas en evidencia elaboradas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Además, consideramos opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos en ejercicio, asociaciones médicas con reconocimiento nacional, incluidas las asociaciones de especialidades médicas, paneles de consenso u otras organizaciones, informes o publicaciones de organismos gubernamentales relativos a la evaluación de tecnología o investigación con reconocimiento nacional, como la Administración de Alimentos y Medicamentos, los Centros para el Control de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## K. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del Afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
  - Servicios cubiertos: consulte el Capítulo 3, Sección B, página 43 y el Capítulo 4, Sección D, página 71. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos: consulte el Capítulo 5, Sección A, página 131 y el Capítulo 6, Sección C, página 154.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica** que tenga. Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los afiliados a Health Net Cal MediConnect, las primas de la Part A y la Part B se pagan a través de Medi-Cal.
  - Si comparte costos con el programa Medi-Cal, usted será responsable de pagar su parte del costo antes de que Health Net Cal MediConnect pague los servicios cubiertos por Medi-Cal.
  - Para algunos de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el medicamento. Esto es un copago (un monto fijo). En el Capítulo 6, Sección D3, página 155, se detalla lo que debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 206.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
  - **Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Health Net Cal MediConnect. El Capítulo 1, Sección D, página 11, le informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
  - Además, asegúrese de informar en Medicare y en Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 32 y Sección H, página 33 para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con respecto a los servicios y al apoyo a largo plazo, que incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés) y en los centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés).

**Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

#### **Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo**

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención.

**Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077, para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diversas opciones que usted tiene para tratar diferentes problemas y quejas, aunque siempre puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect si necesita asesoramiento sobre su problema. Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección I, página 34 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema .....	204
A1. Acerca de los términos legales .....	204
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda .....	204
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia .....	204
C. Problemas relacionados con sus beneficios .....	206
C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar una queja? .....	206
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	206
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	206
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones .....	207
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	208
E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Part D) .....	210
E1. Cuándo utilizar esta sección .....	210
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	211
E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Part D) .....	213
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Part D).....	217
E5. Problemas con pagos .....	223
F. Medicamentos de la Part D.....	225
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Part D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Part D.....	225
F2. Qué es una excepción .....	228
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones .....	229

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Part D o un reembolso por un medicamento de la Part D, incluida una excepción ..... 230
- F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Part D ..... 233
- F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Part D ..... 235
- G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada ..... 237
  - G1. Información sobre sus derechos de Medicare..... 237
  - G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria..... 238
  - G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria..... 241
  - G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación ..... 242
- H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto..... 244
  - H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura..... 244
  - H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención ..... 245
  - H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención ..... 247
  - H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1 ..... 248
- I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 ..... 250
  - I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare..... 250
  - I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medi-Cal ..... 251
- J. Cómo presentar una queja..... 252
  - J1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas..... 252
  - J2. Quejas internas ..... 254
  - J3. Quejas externas ..... 255

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema relacionado con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

### A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

---

## B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

### B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, tal vez no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

#### **Puede obtener ayuda a través del Programa de Defensoría de Cal MediConnect**

Si necesita ayuda, siempre puede comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect puede responder sus preguntas y ayudarlo a resolver sus problemas. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Este programa puede ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2, Sección I, página 34 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



## **Puede obtener ayuda a través del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud**

Usted también puede llamar al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

## **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Puede llamar a Medicare directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## **Puede obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California**

En este párrafo, el término “queja formal” significa una apelación o una queja sobre los servicios de Medi-Cal, su plan de salud o uno de sus proveedores.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) es la entidad responsable de regular los planes de servicios de atención de salud. Si tiene alguna queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud, al 1-855-464-3571 (TTY: 711) y usar el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. El uso de este proceso de presentación de quejas formales no impide el ejercicio de ningún derecho ni la interposición de ningún recurso legal potencial que tenga a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta satisfactoriamente en su plan de salud o una queja formal que no haya sido resuelta durante más de 30 días, llame al departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted reúne los requisitos para la IMR, el proceso de IMR incluirá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura sobre tratamientos que son experimentales o están en etapa de investigación, y disputas sobre el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y de habla. El sitio web del departamento, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## C. Problemas relacionados con sus beneficios

### C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o queja.

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura? (Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica, servicios y apoyo a largo plazo o medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos que requieren receta médica).	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b>, en la página 206.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura.</p> <p>Vaya a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b>, en la página 252.</p>

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. También incluye problemas relacionados con el pago. Usted no es responsable de los costos de Medicare, a excepción de los copagos de la Part D.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no saben si Medicare o Medi-Cal cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, el artículo o el medicamento.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted quiere no está cubierto, o bien que ya no está cubierto a través de Medicare o de Medi-Cal. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

## D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

### ¿A quién debo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede solicitarle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame al **Departamento de Servicios al Afiliado** al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Llame al **Programa de Defensoría de Cal MediConnect** para obtener ayuda gratuita. El programa también ayuda a personas inscritas en Cal MediConnect a resolver problemas con los servicios o la facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame al **Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud** para obtener ayuda gratuita. Es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. Ayuda a personas inscritas en Cal MediConnect con apelaciones relativas a problemas con los servicios o la facturación de Medi-Cal. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o con un familiar** y pídale que lo represente. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Si usted quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante. Puede obtener el formulario en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html). El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Asimismo, **tiene derecho a contratar a un abogado** para que lo represente. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un Representante. Puede pedir un abogado a Health Consumer Alliance, llamando al 1-888-804-3536.
- Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

### D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- La **Sección E, en la página 210**, le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con medicamentos de la Part D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
  - No obtiene la atención médica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
  - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
    - **NOTA:** Solo recurra a la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Part D. Los medicamentos que, en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, se indican con “NT” no están cubiertos por la Part D. Consulte la Sección F, en la página 225, para obtener información sobre las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Part D.
  - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso.
- Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H, en las páginas 237 y 244.
- La **Sección F, en la página 225**, incluye información sobre los medicamentos de la Part D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
  - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Part D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
  - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otra persona que receta, consideran que debemos hacerlo.
  - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección G, en la página 237**, le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da el alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
  - Usted está en el hospital y considera que el médico lo da el alta demasiado pronto.
- La **Sección H, en la página 244**, le brinda información en caso de que considere que el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Part D)

### E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con los beneficios por servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Part D, incluidos los medicamentos de Medicare Part B. Los medicamentos que, en la Lista de Medicamentos, están marcados como “NT” **no** están cubiertos por la Part D. Consulte la Sección F para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Part D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación:

1. Considera que cubrimos los servicios médicos, de salud del comportamiento, y los servicios y apoyo a largo plazo que usted necesita, pero no los está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2, en la página 211, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos haberlo hecho.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3, en la página 213, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Consulte la Sección E3, en la página 213, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso por esos servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5, en la página 223, para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3, en la página 213, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Lea las Secciones G o H, en las páginas 237 y 244, para obtener más información.

## **E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura**

### **Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud del comportamiento, o bien determinados servicios y apoyo a largo plazo (Servicios CBAS o NF)**

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al 1-800-743-1655
- Puede escribirnos a la siguiente dirección:

Health Net Community Solutions, Inc.  
Medical Management  
21281 Burbank Boulevard  
Woodland Hills, CA 91367- 6607

### **¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?**

Después de su solicitud y de que recibamos toda la información que necesitamos, por lo general, nos lleva 5 días hábiles tomar una decisión, a menos que esté solicitando un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B. Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas como máximo a partir de la recepción de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 14 días calendario (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B), puede presentar una apelación.

A veces, necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos 14 días calendario más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B.

### **¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?**

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B.

**El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.**

#### **Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:**

- Primero, llámenos o envíenos un fax para solicitarnos que cubramos la atención que usted quiere.
- Comuníquese con nosotros al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviarnos un fax al 1-800-743-1655.
- Encuentre más información sobre cómo comunicarse con nosotros en el Capítulo 2, Sección A, página 21.

También puede pedirle a su proveedor o representante que soliciten una decisión de cobertura rápida en su nombre.

#### **Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:**

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **únicamente si solicita la cobertura de atención o de un artículo que aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si solicita el pago de atención o de un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B) podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.
  - Si su médico considera que necesita una decisión de cobertura rápida, tomaremos una automáticamente.
  - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
- En la carta también se informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J, en la página 252.

### **Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?**

Si la respuesta es "no", le enviaremos una carta en la que se detallen las razones correspondientes.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

### **E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Part D)**

#### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si no quiere apelar primero ante el plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede pedir una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada en [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov). Consulte la página 218 para obtener más información. Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

### ¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos después de nuestra revisión que el servicio o artículo no está cubierto, su caso irá a una apelación de nivel 2.

### ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 21.
- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar (consulte la página 205).
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso (consulte la página 216).
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Puede enviarnos su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Health Net Community Solutions, Inc.  
Attn: Appeals and Grievances Dept.  
P.O. Box 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422

- También puede completar una solicitud en línea, en [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html).
- También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario de haber recibido su apelación para informarle que la recibimos.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

### ¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. Además, alguien diferente a su médico u otro proveedor puede presentar una apelación por usted, pero primero usted debe completar el formulario “Designación de un Representante”. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Para obtener este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o bien visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). También puede visitar nuestro sitio web, [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html).

**Si a la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor,** debemos recibir el formulario de Designación de un Representante completo antes de poder revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?”, en la página 217, para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### ¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

**Sí.** Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### ¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

**Sí,** usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de Medi-Cal, tendrá que presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 217.

**Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días calendario desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B).

**Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 217.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





## ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas, automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de Medi-Cal, tendrá que presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 217.

**Si aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

**Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 217.

## ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso antes de hacerlo. Si usted no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitarnos que continuemos sus beneficios para el servicio o artículo. Usted debe **realizar la solicitud en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar con sus beneficios:

- Dentro de los 10 días desde la fecha del envío de nuestro Aviso de Acción.
- En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.

Si usted cumple con el plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo en disputa mientras su apelación se encuentra en proceso.

## E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Part D)

### Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le informará si el servicio o el artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Medi-Cal.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se complete la apelación de nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. La carta le explicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que es presentada por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

### **Mi problema es sobre un servicio o un artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?**

Hay dos formas de presentar una apelación de nivel 2 por servicios y artículos de Medi-Cal: (1) presentando una queja o solicitud de revisión médica independiente o (2) a través de una audiencia ante el estado.

#### **(1) Revisión médica independiente**

Puede presentar una queja o pedir una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) ante el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California. Al hacer esto, en el DMHC se revisará nuestra decisión y se tomará una determinación. Se puede pedir una IMR para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de índole médica. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si en la IMR le dan la razón, debemos brindarle el servicio o el artículo que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR en los siguientes casos:

- Si negamos, cambiamos o retrasamos un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determinamos que no es médicamente necesario.
- Si no cubrimos un tratamiento de Medi-Cal experimental o en etapa de investigación para una afección médica grave.
- Si no pagamos servicios de Medi-Cal de emergencia o urgencia que usted ya ha recibido.
- Si no se ha resuelto su apelación de nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario, para una apelación estándar, o de 72 horas, para una apelación rápida.

**NOTA:** Si su proveedor presentó una apelación en su nombre, pero usted no nos envió el Formulario de Designación de un Representante, tendrá que volver a presentarnos su apelación antes de poder solicitar una IMR de nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Tiene derecho a una IMR y a una audiencia ante el estado, pero no si ya asistió a una audiencia ante el estado por el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 217 para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si se rechazó su tratamiento porque era experimental o estaba en etapa de investigación, usted no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si el problema es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede llevar su caso inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en un plazo de 6 meses** desde que le enviamos una decisión escrita acerca de su apelación. En el DMHC podrían aceptar su solicitud después de los 6 meses, siempre y cuando usted tenga buenos motivos, como padecer una enfermedad que le impidió enviar la solicitud de IMR en el plazo de 6 meses o no recibir el aviso correspondiente de nuestra parte sobre el proceso de IMR.

Cómo solicitar una IMR:

- Complete el formulario “Solicitud de Revisión Médica Independiente” o el formulario de quejas disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx), o llame al Centro de Ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Adjunte copias de las cartas u otros documentos relacionados con el servicio o el artículo que rechazamos, si las tiene. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no envíe los originales. El Centro de Ayuda no devuelve ningún documento.
- Complete el Formulario de Asistente Autorizado, si alguien lo ayuda con su IMR. Puede conseguir el formulario en [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o si llama al Centro de Ayuda del departamento, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o por fax sus formularios y documentos adjuntos a esta dirección:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

Si reúne los requisitos para solicitar una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario en la que le informará sobre su calificación. Después de recibir la solicitud y los documentos que la respaldan de su plan, la decisión respecto a la IMR se tomará en el plazo de 30 días calendario. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted reúne los requisitos para solicitar una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 2 días calendario en la que le informará sobre su calificación. Después de recibir la solicitud y los documentos que la respaldan de su plan, la decisión respecto a la IMR se tomará en el plazo de 3 días calendario. Debe recibir la decisión respecto a la IMR en el término de 7 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si no está conforme con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia ante el estado.

La IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos de usted o del médico que lo trata. Si recibe atención de un médico que no pertenece a la red de su plan de salud, es importante que obtenga su expediente médico de dicho profesional y nos lo envíe. Se le exige al plan de salud que obtenga copias de sus expedientes médicos de los médicos que forman parte de la red.

Si en el DMHC se decide que su caso no cumple con los requisitos para una IMR, se analizará su caso a través del proceso ordinario de presentación de quejas del consumidor, del DMHC. Su queja se debe resolver en el término de 30 días calendario a partir del envío de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá más rápido.

## (2) Audiencia ante el estado

Puede solicitar una audiencia ante el estado por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si el médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un servicio o artículo que usted ya recibe, y hemos rechazado su apelación de nivel 1, tiene el derecho de solicitar una audiencia ante el estado.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una audiencia ante el estado** luego de que reciba por correo el aviso Sus Derechos de Audiencia.

**NOTA:** Si solicita una audiencia ante el estado porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para enviar la solicitud** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la audiencia ante el estado se encuentra pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?”, en la página 222, para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia ante el estado:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia ante el Estado” 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, el nombre del plan o el condado que tomó la medida en contra de usted, el o los programas de ayuda involucrados y una explicación detallada de por qué quiere una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud ante uno de los siguientes organismos:
  - El departamento de bienestar del condado, en la dirección que aparece en el aviso.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- El Departamento de Servicios Sociales de California:  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430
  - A la División de Audiencias ante el Estado, al número de fax 916-651-5210 o al 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California, al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide pedir una audiencia ante el estado por teléfono, tenga en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

### **Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?**

Una IRE leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su expediente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

La IRE deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si el problema está relacionado con un servicio o un artículo cubierto por Medicare, los beneficios para ese servicio o artículo no continuarán durante el nivel 2 del proceso de apelaciones ante la Entidad de Revisión Independiente.

Si el problema está relacionado con un servicio o un artículo cubierto por Medi-Cal y usted solicita una audiencia ante el estado, los beneficios de Medi-Cal para ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión en la audiencia. Usted debe solicitar una audiencia **en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar con sus beneficios:

- Dentro de los 10 días desde la fecha del envío de nuestro aviso en el que le informamos que la determinación adversa de beneficio (decisión de la apelación de nivel 1) se mantiene.
- En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.

Si usted cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo en disputa hasta que se tome una decisión en la audiencia.

## ¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si la apelación de nivel 2 es una revisión médica independiente, el Departamento de Atención Médica Administrada le enviará una carta en la que se explicará la decisión de los médicos que revisaron su caso.

- Si la revisión médica independiente **acepta**, en forma total o parcial, su solicitud debemos proporcionarle el servicio o el tratamiento.
- Si la revisión médica independiente **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Todavía puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 219 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante el estado.

Si su apelación de nivel 2 fue una audiencia ante el estado, del Departamento de Servicios Sociales de California le enviarán una carta en la que se explicará la decisión.

- Si en la audiencia ante el estado, se **acepta**, en forma total o parcial su solicitud, debemos cumplir con la decisión. Debemos llevar a cabo la(s) acción(es) descrita(s) en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
- Si la audiencia ante el estado **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del nivel 1. Es posible que interrumamos la ayuda paga pendiente que esté recibiendo.

Si su apelación de nivel 2 va a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) de Medicare, le enviarán una carta en la que se explicará la decisión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

### **Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación de nivel 2 fue una revisión médica independiente, puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 219 para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia ante el estado.

Si su apelación de nivel 2 fue una audiencia ante el estado, usted puede solicitar otra audiencia dentro de un plazo de 30 días de haber recibido la decisión. También puede solicitar la revisión judicial del rechazo de la audiencia ante el estado, presentando una petición ante un tribunal superior (según la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año desde la recepción de la decisión. No puede pedir una IMR si ya asistió a una audiencia ante el estado por el mismo tema.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la IRE de Medicare, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o el artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la Sección I, en la página 250, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

## **E5. Problemas con pagos**

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura. El único monto que debe pagar es el copago por medicamentos del nivel 1 o del nivel 2.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Si recibe una factura con un monto superior al de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

### **¿Cómo les solicito que me reembolsen su parte de un servicio o artículo que ya pagué?**

Recuerde que, si recibe una factura con un monto superior al de su copago por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo a su proveedor en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago a usted.
- Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

### **¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección E3, en la página 213. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la IRE. Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagarle, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.) La carta que reciba tendrá información sobre los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la Sección I, en la página 250, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación, y el servicio o el artículo suelen estar cubiertos por Medi-Cal, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4, en la página 217).

---

## F. Medicamentos de la Part D

### F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Part D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Part D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Part D. Existen algunos medicamentos que no tienen cobertura de Medicare Part D, pero que tal vez tengan cobertura de Medi-Cal.

**Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Part D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Part D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la Sección E, en la página 210.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Part D?

**Sí.** A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Part D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
  - Solicitar que cubramos un medicamento de la Part D que no está en la Lista de Medicamentos del plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

**NOTA:** Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

**El término legal** para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Part D es "**determinación de cobertura**".

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se informa cómo solicitar decisiones de cobertura **y** apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

**¿En cuál de estas situaciones se encuentra?**

<p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede solicitar que hagamos una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección F2</b>, en la página 228. Consulte también las Secciones F3 y F4, en las páginas 229 y 230.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Vaya a la <b>Sección F4</b>, en la página 230.</p>	<p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede solicitar que le hagamos un reembolso.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la <b>Sección F4</b>, en la página 230.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la <b>Sección F5</b>, en la página 233.</p>
--	--	---	--

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la Lista de Medicamentos o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos, o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden solicitar que hagamos:

### 1. Que cubramos un medicamento de la Part D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 2 para los medicamentos de marca o del nivel 1 para los medicamentos genéricos.
- Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.

### 2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C, página 138).

- Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
  - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa”).
  - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
  - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.
- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, usted puede pedirnos una excepción al monto de copago que debe pagar para el medicamento.

**El término legal** para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción al Formulario**”.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

### F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

#### El médico u otra persona que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otra persona que recete al momento de solicitar la excepción.

En general, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, no aprobaríamos su solicitud de una excepción.

#### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación para solicitar una revisión de nuestra decisión. La Sección F5, en la página 233, le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que **rechacemos** su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Part D o un reembolso por un medicamento de la Part D, incluida una excepción

### Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Usted, el médico (u otra persona que receta) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D, en la página 206, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otra persona que receta para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 162, de este manual. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso.

También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

### Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otra persona que receta que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Part D que usted ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otra persona que receta.
- Usted, el médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida

Utilizaremos plazos estándares, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.

Si el médico u otra persona que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión de cobertura rápida o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.
  - Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta a la queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J, en la página 252.

### Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o persona que receta que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico o de la persona que receta que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que usted aún no ha recibido**

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o persona que receta. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o la persona que receta.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Part D

- Para empezar una apelación, usted, su médico u otra persona que receta, o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.
- Presente su apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico, la persona que receta o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otra persona que receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Part D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo quiere, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



### Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida, que figuran en la Sección F4, en la página 230.

**El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.**

### El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

### Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

### Plazos para una apelación estándar

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.
- Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días calendario, o 14 días calendario si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o a los 14 días calendario si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

## F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Part D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos su expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otra persona que receta, o su representante pueden presentar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

**El término legal** para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Part D es “reconsideración”.

### Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la IRE una apelación rápida.
- Si la IRE autoriza una apelación rápida, debe responder a su apelación de nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la decisión.

### Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la IRE debe responder su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la decisión.

### ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

**Rechazar** significa que la IRE está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

### G1. Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

## G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta, al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

### Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668), y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección G4, en la página 242.
- Como las hospitalizaciones están cubiertas por Medicare y Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud para prolongar su hospitalización, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California. Consulte la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-434-0222. O puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077.

### ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### Solicite una revisión rápida

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

**El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.**

### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

**El término legal** para esta explicación escrita es “**Aviso Detallado del Alta**”. Si quiere obtener una copia del aviso, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia del aviso en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### ¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2 como se describe en la siguiente sección.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite otra revisión.

#### ¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

#### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

También puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte a la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

### Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es de 60 días o antes de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una revisión rápida.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.
- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J, en la página 252, indica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, entonces nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Consulte a la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una revisión médica independiente además de una apelación de nivel 3, o en lugar de esta.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
  - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumamos el pago de su atención. Esto se denomina Aviso de No Cobertura de Medicare. En la notificación por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Cuando finalice la cobertura, nosotros interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección J, en la página 252, le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-213-383-4519. Si se encuentra en el condado de Los Ángeles, llame al 1-800-824-0782 (TTY: 711).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

### ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

### ¿Qué debe solicitar?

Solicíteles que realicen una apelación rápida. Esta una revisión independiente de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## ¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4, en la página 248.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no acepta su solicitud de continuar la cobertura de servicios de atención de salud, o si usted cree que su situación es urgente, que representa una amenaza grave e inmediata para su salud o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC de California. Consulte a la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

**El término legal** para el aviso escrito es **Aviso de No Cobertura de Medicare**. Para obtener una copia del aviso, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

## ¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

**El término legal** para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es **“Explicación Detallada de No Cobertura”**.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

### ¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

## H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta llamando al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### ¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.
- Usted puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC además de una apelación de nivel 3, o en lugar de esta.

## H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

### Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios. Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.

### Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

### Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J, en la página 252, indica cómo presentar una queja.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

### Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud. Consulte la Sección E4, en la página 217, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente además de una apelación de nivel 3, o en lugar de esta.

---

## I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

### I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión sobre una apelación de nivel 3 es un juez

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



especializado en derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de este juez o abogado mediador, puede acudir a la Junta de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

## **I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medi-Cal**

También tiene más derechos de apelación si esta se refiere a servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia ante el estado y desea que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia, o bien solicitar una revisión judicial.

Para solicitar una nueva audiencia, envíe una solicitud escrita (una carta) a la siguiente dirección:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Se debe enviar esta carta en un plazo de 30 días de haber recibido la decisión. Este plazo se puede extender hasta 180 días si usted tiene un buen motivo para haber enviado la carta tarde.

En su solicitud de nueva audiencia, indique la fecha en la que recibió la decisión y los motivos por los que se le debería otorgar otra audiencia. Si desea presentar pruebas adicionales, describa estas pruebas, explique por qué no se presentaron antes y cómo podrían modificar la decisión. Puede solicitar asistencia a Servicios Legales.

Para solicitar una revisión judicial, debe presentar una petición ante un tribunal superior (según la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año desde la recepción de la decisión. Presente su petición en el tribunal superior del condado mencionado en la decisión. Puede presentar esta petición sin pedir una nueva audiencia. No se pagan honorarios judiciales. Tendrá derecho a costas y honorarios razonables de abogados si el tribunal emite una decisión definitiva en su favor.

Si se celebró una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de esta nueva audiencia, puede solicitar una revisión judicial, pero no puede pedir otra audiencia.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## J. Cómo presentar una queja

### J1. Qué tipos de problemas deberían ser quejas

El proceso de presentación de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

#### Quejas sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

#### Quejas sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Health Net Cal MediConnect lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

#### Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

#### Quejas sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

#### Resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3, en la página 255.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



### **Quejas sobre la limpieza**

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

### **Quejas sobre el acceso a servicios de idiomas**

- Su médico o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

### **Quejas sobre nuestras comunicaciones**

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

### **Quejas sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones**

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos.
- Usted cree que no enviamos su caso a la IRE a tiempo.

**El término legal** para una “queja” es **“queja formal”**.

**El término legal** para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

### **¿Hay diferentes tipos de quejas?**

**Sí.** Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización las revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Part D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Part D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.

Debemos notificarle nuestra decisión acerca de su queja tan pronto como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, y a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Si necesitamos más información y no tomamos una decisión en un plazo de 30 días, se lo notificaremos por escrito y le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta. Por ejemplo, le notificaremos que una queja formal relacionada con Medicare solo se puede extender 14 días calendario más. En ciertos casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina procedimiento de “queja rápida”. Tiene derecho a una revisión rápida de su queja si está en desacuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos la revisión rápida de una solicitud de atención médica o medicamentos de Medicare Part D.
  - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una apelación de servicios o medicamentos de Medicare Part D rechazados.
  - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
  - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su apelación de atención médica rechazada.
  - Si tiene un problema urgente que represente un riesgo inmediato y grave para su salud.
- Las quejas relacionadas con Medicare Part D deben presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja. Todos los demás tipos de quejas deben presentarse ante nosotros o ante el proveedor en cualquier momento a partir del incidente o de la medida que causó su disconformidad.
  - Si no podemos resolver su queja para el siguiente día hábil, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días calendario de haber recibido su queja para informarle que la hemos recibido.

Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas. Si tiene un problema urgente que represente un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una queja rápida y le responderemos en un plazo de 72 horas.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.**

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de ese plazo porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo en tomar una decisión de cobertura, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su queja, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

### J3. Quejas externas

#### **Puede presentar su queja ante Medicare**

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Puede presentar su queja ante Medi-Cal**

El Programa de Defensoría de Cal MediConnect también ayuda a resolver problemas desde una postura neutral para asegurarse de que nuestros afiliados reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionarles. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa de Defensoría de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## **Puede presentar su queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) es la entidad responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC si necesita ayuda con quejas relativas a los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja por un problema urgente o un asunto que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre su queja o si el plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

A continuación, se presentan dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas o con dificultades de audición o del habla pueden usar la línea TDD gratuita: 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

## **Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles**

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

O puede comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono: 1-800-368-1019  
TTY: 1-800-537-7697  
Fax: 1-202-619-3818

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Civiles de Unruh. Puede comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect para solicitar asistencia. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

## **Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





- Si así lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el Gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 31.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su afiliación al plan Cal MediConnect y sus opciones de cobertura de la salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras cumpla con sus requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect .....	259
B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect .....	260
C. Cómo afiliarse a otro plan Cal MediConnect .....	260
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado .....	261
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	261
D2. Cómo obtener los servicios de Medi-Cal .....	263
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación .....	264
F. Otras situaciones en las que su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect se cancela.....	264
G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan Cal MediConnect debido a un tema relacionado con su salud.....	266
H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan.....	266
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan .....	266

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect

Puede cancelar su afiliación al Plan Health Net Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) en cualquier momento del año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage u otro plan Cal MediConnect o cambiándose a Medicare Original.

Su afiliación se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1.º de febrero).

Cuando cancele su afiliación a nuestro plan, será inscrito en un plan de atención administrada de Medi-Cal que usted elija para recibir los servicios de Medi-Cal, a menos que elija otro plan de Cal MediConnect. También puede elegir entre las opciones de inscripción en Medicare cuándo cancela su afiliación a nuestro plan. Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en el cuadro de la Sección D1, página 261.
- Servicios de Medi-Cal en la Sección D2, página 263.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su afiliación llamando a los números que figuran a continuación.

- Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Opciones de Atención de Salud: 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.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California: 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Programa de Defensoría de Cal MediConnect: 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**NOTA:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G, página 146, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect

Si decide cancelar su afiliación, infórmeles a Medi-Cal o a Medicare que quiere abandonar Health Net Cal MediConnect:

- Llame a Opciones de Atención de Salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 261.

---

## C. Cómo afiliarse a otro plan Cal MediConnect

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en otro plan Cal MediConnect.

Para inscribirse en otro plan Cal MediConnect haga lo siguiente:

- Llame a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Infórmeles que quiere abandonar Health Net Cal MediConnect y afiliarse a otro plan Cal MediConnect. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su área.

Su cobertura de Health Net Cal MediConnect se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si no quiere inscribirse en otro plan Cal MediConnect luego de abandonar Health Net Cal MediConnect, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

### D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si reúne los requisitos y vive en el área de servicio, un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).</b></p> <p><b>Esta tabla continúa en la página siguiente.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene preguntas sobre los PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
---	--

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<p><b>(continuación)</b></p> <p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> <p><b>Esta tabla continúa en la página siguiente.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

<p><b>(continuación)</b></p> <p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California, al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

## D2. Cómo obtener los servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, será inscrito en un plan de atención administrada de Medi-Cal que usted elija.

Entre sus servicios de Medi-Cal, se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Cuando solicite la cancelación de su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, deberá informar a Opciones de Atención de Salud en cuál plan de atención administrada de Medi-Cal quiere inscribirse.

- Llame a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Infórmeles que quiere abandonar Health Net Cal MediConnect y afiliarse a un plan de atención administrada de Medi-Cal. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su área.

Cuando cancele su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, recibirá una nueva tarjeta de identificación de afiliado, un nuevo *Manual del Afiliado* y un nuevo *Directorio de Farmacias y Proveedores* para su cobertura de Medi-Cal.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación

Si abandona Health Net Cal MediConnect, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su afiliación y comience la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Para obtener más información, consulte la Sección A, en la página 259. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo la atención de salud y los medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas.** En general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que se cancela su afiliación, en general, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan Cal MediConnect hasta que se le dé el alta.** Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

---

## F. Otras situaciones en las que su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect se cancela

Estos son los casos en los que Health Net Cal MediConnect debe cancelar su afiliación al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Part A y Part B.
- Si usted ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. El estado de California o Medicare cancelará su afiliación al plan Health Net Cal MediConnect y usted volverá a Medicare Original. Si recibe Ayuda Adicional para pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid lo inscribirán automáticamente en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si, posteriormente, vuelve a calificar para Medi-Cal y quiere volver a inscribirse en Health Net Cal MediConnect, tendrá que llamar a Opciones de Atención de Salud al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Informe que quiere volver a inscribirse en Health Net Cal MediConnect.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).





- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si usted no cumple con este requisito para seguir siendo afiliado.
  - Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal o si sus circunstancias han cambiado y, por ello, deja de cumplir con los requisitos para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo los beneficios de Health Net Cal MediConnect durante un período adicional de dos meses. Si considera que usted aún cumple con los requisitos, este tiempo adicional le permitirá corregir su información. Recibirá una carta nuestra acerca de su cambio en el cumplimiento de los requisitos con instrucciones sobre cómo corregir su información.

- Para mantener su afiliación a Health Net Cal MediConnect, tiene hasta el último día del período de dos meses para volver a reunir los requisitos.
- Si no cumple con los requisitos al final del período de dos meses, se cancelará su afiliación a Health Net Cal MediConnect.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y de Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener atención médica.
  - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan Cal MediConnect debido a un tema relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Llame también al Programa de Defensoría de Cal MediConnect**, al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

---

## H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, página 252, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

---

## I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, haga lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Llame a Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina del HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Llame al Programa de Defensoría de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su afiliación a Health Net Cal MediConnect. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

### Índice

A. Aviso sobre leyes .....	268
B. Aviso de No Discriminación.....	268
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso .....	269
D. Contratistas independientes .....	269
E. Fraude al plan de atención de salud .....	269
F. Circunstancias fuera del control de Health Net Cal MediConnect .....	270

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

---

## B. Aviso de No Discriminación

Cada compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, origen étnico, certificado de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Tampoco discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su ascendencia, estado civil, identidad de género u orientación sexual.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono: 1-800-368-1019  
TTY: 1-800-537-7697  
Fax: 1-202-619-3818

Si tiene una discapacidad y necesita acceder a servicios o a un proveedor de atención médica, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene alguna queja, como problemas con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

---

## C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

El programa Cal MediConnect cumple con las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros en los servicios de atención de salud para sus afiliados. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

---

## D. Contratistas independientes

La relación entre Health Net Cal MediConnect y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Health Net, y ni Health Net ni ningún empleado de Health Net son empleados ni agentes de un proveedor participante. En ningún caso Health Net será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de un proveedor participante u otro proveedor de atención de salud. Los médicos participantes, y no Health Net, mantienen una relación médico-paciente con el afiliado. Health Net no es un proveedor de atención de salud.

---

## E. Fraude al plan de atención de salud

**El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.**

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o formulario de Explicación de Beneficios, o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa de nuestro plan para denunciar fraudes, al 1-800-977-3565 (TTY: 711). Esta línea funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



---

## F. Circunstancias fuera del control de Health Net Cal MediConnect

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Health Net no estén disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Afiliado*, la obligación de Health Net de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Health Net haga un esfuerzo de buena fe para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros personal.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

**Actividades de la vida cotidiana:** lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Ayuda paga pendiente:** puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 1 o una audiencia ante el estado (consulte el Capítulo 9, Sección E3, página 213, para obtener más información). Esta continuidad de cobertura se denomina “ayuda paga pendiente”.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

**Apelación:** una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, Sección D, página 206, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

**Salud del comportamiento:** un término integrador que hace referencia a los trastornos de salud mental y de abuso de sustancias.

**Medicamento de marca:** un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son, generalmente, fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

**Cal MediConnect:** un programa que proporciona sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un solo plan de salud. Usted tiene una sola tarjeta de identificación de afiliado para obtener todos sus beneficios.

**Coordinador de atención:** es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

**Plan de atención:** Consulte “Plan de atención individualizado”.

**Servicios opcionales del plan de atención (servicios CPO):** servicios adicionales que son opcionales dentro de su plan de atención personalizado (ICP, por sus siglas en inglés). Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y el apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir a través de Medi-Cal.

**Equipo de atención:** Consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

**Etapas de cobertura catastrófica:** la etapa en el beneficio en medicamentos de la Part D en la que se cubren, a través del plan, todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa una vez que haya alcanzado el límite de \$7,050 para sus medicamentos que requieren receta médica.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).





**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS):** la agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, página 32, se explica cómo comunicarse con los CMS.

**Servicios comunitarios para adultos (CBAS, por sus siglas en inglés):** es un programa de servicios prestados en un centro para pacientes ambulatorios con el que se brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para las familias y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los afiliados que cumplen con los requisitos correspondientes.

**Queja:** una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF):** un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Copago:** un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene determinados medicamentos que requieren receta médica. Por ejemplo, usted puede pagar \$2 o \$5 por un medicamento que requiere receta médica.

**Costo compartido:** los montos que debe pagar al obtener determinados medicamentos que requieren receta médica. Entre los costos compartidos se incluyen los copagos.

**Nivel de costo compartido:** un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como Lista de Medicamentos) está en uno de los tres niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el Capítulo 9, Sección D, página 206, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica y a los de venta libre cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y los de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Capacitación en asuntos culturales:** educación que ofrece a nuestros proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

**Tasa diaria de costo compartido:** una tasa que puede aplicarse cuando su médico le recete una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, y usted deba pagar un copago. Es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro para un mes.

Por ejemplo, digamos que el copago del medicamento para un suministro de un mes completo (de 30 días) es \$1.35. Esto significa que el importe que usted paga por su medicamento es inferior a \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total inferior a \$0.35.

**Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés):** el departamento estatal en California que administra el programa Medicaid (que en California se denomina Medi-Cal) al que, generalmente, se hace referencia como “el estado” en este manual.

**Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés):** el departamento estatal en California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones y quejas relativas a los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo revisiones médicas independientes.

**Cancelación de la afiliación:** el proceso para cancelar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

**Niveles de los medicamentos:** grupos de medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de tres niveles.

**Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME):** ciertos artículos que el médico le indica que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte o la pérdida de una parte del cuerpo o su función. Los síntomas médicos pueden incluir una lesión grave o un dolor intenso.

**Atención de emergencia:** los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica o de la salud del comportamiento.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).



**Excepción:** un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

**Ayuda Adicional:** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

**Medicamento genérico:** un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

**Queja formal:** una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen las quejas por la calidad de su atención o la calidad del servicio provisto por su plan de salud.

**Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés):** un programa que proporciona información y orientación gratuitos y objetivos sobre Medicare. En el Capítulo 2, Sección E, página 30, se explica cómo comunicarse con el HICAP.

**Plan de salud:** una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

**Evaluación de riesgo de salud:** una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

**Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar:** una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

**Cuidado de enfermos terminales:** un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

- Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Health Net Cal MediConnect debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica.

**Facturación incorrecta o inadecuada:** se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect al obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que con Health Net Cal MediConnect se paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

**Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés):** si rechazamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación ante nosotros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros de DME y medicamentos, puede pedir una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de nuestro plan. Si se le da la razón en la IMR, debemos brindarle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Usted no pagará por una IMR.

**Plan de atención personalizado (plan de atención o, por sus siglas en inglés, ICP):** un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

**Etapas de cobertura inicial:** la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos de la Part D alcancen los \$7,050. Se incluyen los montos que usted pagó, los que se pagaron en su nombre con nuestro plan y el subsidio por ingresos bajos. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, parte de los costos de sus medicamentos se pagan con el plan, y usted paga su parte.

**Paciente internado:** un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

**Equipo interdisciplinario de atención (equipo de atención o, por sus siglas en inglés, ICT):** un equipo de atención que puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos):** una lista de los medicamentos que requieren receta médica y los de venta libre cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina Formulario.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés):** los servicios y el apoyo a largo plazo que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a una casa de reposo o al hospital. Los LTSS incluyen los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los servicios en centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) o centros de atención subaguda (SCF, por sus siglas en inglés).

**Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS):** Consulte “Ayuda Adicional”.

**Medi-Cal:** nombre del programa Medicaid de California. Es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal.

- Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 33, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

**Planes Medi-Cal:** los planes que incluyen solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son aparte.

**Medicamento necesario:** describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. El término “medicamento necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).

**Medicare:** el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

**Plan Medicare Advantage:** un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare:** los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Part A y Part B.

**Persona inscrita en Medicare y Medi-Cal (con doble elegibilidad):** una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y para la de Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare y en Medi-Cal también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

**Medicare Part A:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios.

**Medicare Part B:** el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Medicare Part C:** el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

**Medicare Part D:** el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Part D”). La Part D cubre los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios, las vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B ni por Medi-Cal. Health Net Cal MediConnect incluye Medicare Part D.

**Medicamentos de Medicare Part D:** los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Part D. Medi-Cal podría cubrir algunos de estos medicamentos.

**Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan):** una persona que tiene Medicare y Medi-Cal, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y por el estado.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Manual del Afiliado y divulgación de información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

**Departamento de Servicios al Afiliado:** un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, página 21, para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

**Farmacia de la red:** una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados.
- Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Casa de reposo o centro de enfermería:** un lugar donde se brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

**Defensoría:** una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede obtener más información acerca del Programa de Defensoría de Cal MediConnect en los Capítulos 2, Sección I, página 34 y 9, Sección A, página 204 de este manual.

**Determinación de la organización:** el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, Sección D, página 206, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).

**Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):**

Medicare Original es ofrecido por el Gobierno. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Part A (seguro hospitalario) y la Part B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera -de- la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios a los afiliados a nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D4, página 51, se ofrece información sobre los proveedores o centros fuera de la red.

**Costos de desembolso:** el requisito de costo compartido para afiliados que deben pagar una parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costos “de desembolso”. Consulte la definición de “costo compartido” que aparece anteriormente.

**Medicamentos de venta libre:** todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

**Part A:** consulte “Medicare Part A”.

**Part B:** consulte “Medicare Part B”.

**Part C:** consulte “Medicare Part C”.

**Part D:** consulte “Medicare Part D”.

**Medicamentos de la Part D:** Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

**Información médica personal (también llamada información médica protegida, por sus siglas en inglés, PHI):** información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Net Cal MediConnect para obtener más información sobre cómo Health Net Cal MediConnect protege, utiliza y divulga su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [nmp.healthnetcalifornia.com](http://nmp.healthnetcalifornia.com).





**Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 46, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

**Autorización previa:** una aprobación de Health Net Cal MediConnect que usted debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de acudir a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que el servicio o el medicamento no se cubra a través de Health Net Cal MediConnect.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan se describen en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 71.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

**Planes del Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés):** un programa con el que se cubren los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas de 55 años de edad en adelante que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en su hogar.

**Prótesis y aparatos ortóticos:** son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO):**

un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, página 31, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidad:** un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica.

**Remisión:** quiere decir que su proveedor de atención primaria debe otorgarle una aprobación antes de que usted acuda a otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que no se cubran los servicios a través de Health Net Cal MediConnect. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3, Sección D, página 46, y acerca de los servicios que necesitan remisiones en el Capítulo 4, Sección D, página 71.

**Servicios de rehabilitación:** el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, Sección D, página 71, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicio:** el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Health Net Cal MediConnect.

**Parte del costo:** la parte de los costos de atención de salud que usted podría tener que pagar todos los meses antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigor. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

**Centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF):** un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en un centro de enfermería especializada:** la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

**Especialista:** un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).



**Audiencia ante el estado:** si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos, o no seguiremos pagando por un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, podrá solicitar una audiencia ante el estado. Si se le da la razón en esta audiencia, debemos brindarle el servicio que usted solicitó.

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

**Ingreso Suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI):** un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Atención de urgencia:** la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

# Aviso de No Discriminación

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)), cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina ni excluye a personas o las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Health Net Cal MediConnect ofrece lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (Condado de Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si cree que Health Net Cal MediConnect no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba y diga que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Cal MediConnect está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) si tiene una inquietud sobre discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

FLY047573EH00 (9/20)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

H3237\_21\_MLI\_I\_08112021  
FLY053841ZO00 (10/21)

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Armenian:** Ուշադրություն! Եթե խոսում եք հայերեն, սպասե՛ք անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໄປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

**Mien:** DONGH EIX: Da'faanh Meih Zoux Maiv Qiex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información,** visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).

## Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect

<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>1-855-464-3571</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<p><b>POR FAX</b></p>	<p>1-800-281-2999.</p>
<p><b>POR CORREO</b></p>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>P.O. Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<p><b>SITIO WEB</b></p>	<p><a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Health Net Cal MediConnect al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.



**Si quiere obtener más información**, visite [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com).