

Plan Health Net Cal MediConnect (Plan de Medicare-Medicaid)

Manual del Afiliado

Desde el 1.º de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018

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

Este manual detalla su cobertura conforme a Health Net Cal MediConnect hasta el 31 de diciembre de 2018. 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. Estos servicios son los servicios comunitarios para adultos, el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad y los centros de enfermería.

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

Este plan, Cal MediConnect, es ofrecido por Health Net Community Solutions, Inc. Cuando en este *Manual del Afiliado* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al plan Health Net Cal MediConnect (plan de Medicare-Medicaid).

Si habla árabe, español, tagalo o vietnamita, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية فنود أن نطمئنك أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 واطلب الرقم الفرعي (711) ما بين الساعة الثامنة صباحاً وحتى الساعة الثامنة مساءً من الاثنين إلى الجمعة. أما إذا اتصلت خارج ساعات الدوام أو في أيام عطلة نهاية الأسبوع والعطل الرسمية، فيمكنك أن تترك رسالة لنا. سيتم الرد على اتصالك في يوم العمل التالي. هذا الاتصال مجاني.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3572 (TTY: 711), Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. 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.

531005
EOC018804SN00
H3237-002

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mga serbisyo sa tulong sa wika na walang bayad ay mayroon sa iyo. Tumawag sa 1-855-464-3572 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras, sa mga dulonglinggo at sa mga piyesta, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ibabalik ang iyong tawag sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Ang tawag ay libre.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ sẵn có cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-855-464-3572 (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 tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si desea que Health Net Cal MediConnect le envíe los materiales para afiliados con regularidad en otros formatos, como braille o letra grande, o en otro idioma que no sea el inglés, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Infórmele al Departamento de Servicios al Afiliado que desea presentar una solicitud permanente para recibir el material en otro formato o idioma.

Descargo de Responsabilidad

Health Net Community Solutions, Inc., es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para brindarle beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

La cobertura conforme a Health Net Cal MediConnect califica como cobertura esencial mínima (por sus siglas en inglés, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de la MEC.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Si desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect o lea el Manual del Afiliado de Health Net Cal MediConnect. Esto significa que es posible que deba pagar algunos servicios y seguir algunas reglas para que Health Net Cal MediConnect pague sus servicios.

La Lista de Medicamentos Cubiertos o las redes de farmacias y de proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que lo afecte.

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

Los copagos por medicamentos que requieren receta médica pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Índice

A. Bienvenido a Health Net Cal MediConnect	4
B. ¿En qué consisten Medicare y Medi-Cal?	5
Medicare	5
Medi-Cal	5
C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?	5
D. ¿Cuál es el área de servicio de Health Net Cal MediConnect?	6
E. ¿Qué requisitos lo hacen elegible para afiliarse al plan?	7
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez	7
G. ¿Qué son un equipo de atención y un plan de atención?	8
Equipo de atención	8
Plan de atención	9
H. ¿Tiene Health Net Cal MediConnect una prima mensual del plan?	9
I. Sobre el Manual del Afiliado	9
J. ¿Qué información adicional le enviaremos?	9
Su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect	10
Directorio de Farmacias y Proveedores	10
Lista de Medicamentos Cubiertos	12
Explicación de Beneficios	12
K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de afiliación?	12
¿Conservamos la privacidad de su información médica personal?	13

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Bienvenido a Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect es un plan de 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 California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) para brindarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración supervisado conjuntamente por California y el gobierno federal para ofrecer una mejor atención a las personas que cuentan con Medicare y Medi-Cal. Con esta demostración, el estado y el gobierno federal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de Medicare y Medi-Cal.

La experiencia con la que puede contar

Usted se inscribió en un plan de salud con el que puede contar.

Health Net ayuda a más de un millón de personas en Medicare y Medi-Cal a obtener los servicios que necesitan. Esto se logra ofreciendo un mejor acceso a los beneficios y servicios de Medicare y Medi-Cal, y mucho más:

- Nos enorgullecemos de brindarle un excelente servicio al cliente, ya que le prestamos una atención especializada, positiva y personalizada como nuestro afiliado. El personal capacitado de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado no lo dejará esperando y podrá comunicarse en varios idiomas, sin necesidad de los servicios de un intérprete. Le brindamos un servicio personalizado, porque lo asesoramos sobre sus beneficios como lo haríamos con nuestra propia familia. De este modo, recibirá rápidamente todas las respuestas que necesite para acceder a la atención.
- Hemos creado redes de médicos de gran calidad durante casi 25 años. Los médicos y especialistas en nuestra red de Cal MediConnect trabajan juntos en grupos médicos para garantizar que usted reciba la atención que necesita cuando la necesita.
- Su comunidad es nuestra comunidad: somos una empresa del sur de California, por eso nuestros empleados viven donde usted reside. Ayudamos a nuestras comunidades locales con lo siguiente:
 - Exámenes de detección en eventos de salud local y centros comunitarios.
 - Clases de educación sobre la salud gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



B. ¿En qué consisten Medicare y Medi-Cal?

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.
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Medi-Cal

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

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

- Decidimos ofrecerle el plan.
- Medicare y California nos permiten seguir ofreciendo este plan.

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

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

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

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

- Tendrá un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluir cuidadores, médicos, enfermeras, asesores, otros profesionales de la salud, y a usted.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Un coordinador es una persona que trabaja con usted, con Health Net Cal MediConnect y con su equipo de atención para ayudar a establecer un plan de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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 lo 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 toma para garantizarle que está tomando los correctos, y para que sus médicos puedan reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
 - » Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. ¿Cuál es el área de servicio de Health Net Cal MediConnect?

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: San Diego.

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. Tendrá que comunicarse con el trabajador de elegibilidad de su condado:

POR TELÉFONO	1-866-262-9881. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	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.
POR CORREO	Solicitudes o verificaciones por correo: County of San Diego Health and Human Services Agency APPLICATION PO Box 85025 San Diego, CA 92186-9918
SITIO WEB	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



E. ¿Qué requisitos lo hacen elegible para afiliarse al plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

- Vive en nuestra área de servicio.
- Tiene 21 años o más en el momento de la inscripción.
- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Es actualmente elegible para Medi-Cal y recibe todos los beneficios de Medi-Cal, por ejemplo:
 - Las personas inscritas en el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP).
 - Las personas que cumplan con su parte del costo según las disposiciones que se detallan a continuación:
 - Residentes en un centro de enfermería con su parte del costo.
 - Personas inscritas en el MSSP con una parte del costo.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos.

Pueden existir reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

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

Cuando se inscriba en el plan por primera vez, usted recibirá una evaluación de riesgo de salud (por sus siglas en inglés, HRA), entre los 45 y los 90 días según su estado de salud (por ejemplo, riesgo alto o bajo).

Debemos hacerle una HRA. Esta evaluación es la base para desarrollar su plan de atención personalizado (por sus siglas en inglés, ICP). La HRA incluye preguntas para identificar sus servicios médicos, servicios y apoyo a largo plazo, y necesidades funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La evaluación se puede completar en una visita presencial, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información con respecto a esta HRA.

Si Health Net Cal MediConnect es nuevo para usted, puede continuar viendo a sus médicos actuales durante un plazo determinado. Puede continuar con sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio al momento de la inscripción hasta 12 meses si se cumplen todos los requisitos que se enumeran a continuación:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan directamente continuar con sus proveedores actuales.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Podemos establecer que tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o 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.
 - Determinaremos una relación existente con la revisión de la información médica que tengamos disponible o la información que usted nos brinde.
 - Tenemos 30 días para responder su solicitud. También puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida, y deberemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación que avale una relación existente y aceptar algunos términos cuando presenta la solicitud.
- ➔ **Tenga en cuenta lo siguiente:** Esta solicitud **no puede** realizarse para proveedores de equipo médico duradero, transporte, otros servicios auxiliares o servicios que no se incluyan en Cal MediConnect.

Luego de que termine el período de continuidad de la atención, usted tendrá que ver a médicos y otros proveedores de la red de Health Net Cal MediConnect, afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que tengamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Cuando se inscribe en nuestro plan, usted puede elegir un grupo médico contratado de nuestra red. También elegirá un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de este grupo médico contratado. Si no elige un grupo médico y un PCP contratados, le asignaremos uno. Consulte el Capítulo 3 para más información sobre cómo obtener atención.

G. ¿Qué son un equipo de atención y un plan de atención?

Equipo de atención

¿Necesita ayuda para obtener la atención que necesita? Un equipo de atención puede brindársela. Un equipo de atención incluye a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud que usted elija. El coordinador de atención es una persona entrenada para ayudarlo a coordinar la atención que necesita. Cuando se inscribe en Health Net Cal MediConnect, le asignarán un coordinador de atención. Esta persona también lo remitirá a los recursos disponibles en la comunidad, en caso de que Health Net Cal MediConnect no brinde los servicios que necesita. Puede llamarnos al condado de San Diego, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m., para solicitar un equipo de atención. 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El plan de atención detalla qué servicios necesita y cómo los recibirá, para que usted y sus médicos lo sepan. Incluye sus necesidades de servicios médicos, de salud del comportamiento y de apoyo a largo plazo. Su plan de atención es personal y se ajusta a sus necesidades.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de atención de salud.
- Un cronograma de los servicios que necesita.

Luego de la evaluación de riesgo de salud, el equipo de atención se reunirá con usted. Hablarán con usted sobre los servicios que necesita. También lo asesorarán sobre los servicios que debe tener en cuenta. La determinación del plan de atención se basará en sus necesidades. Por lo menos una vez al año, el equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan de atención.

H. ¿Tiene Health Net Cal MediConnect una prima mensual del plan?

No.

I. Sobre el 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 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Health Net Cal MediConnect, entre el 1.º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

J. ¿Qué información adicional 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* y una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y el apoyo a largo plazo, algunos servicios de salud del comportamiento, y recetas médicas. 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 usted reciba:

<p>Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name: [FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Member ID: [XXXXXXXXXX]</p> <p>Health Plan (80840): 9210567898 MEMBER CANNOT BE CHARGED</p> <p>Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER</p> <p>PCP Name: [PCP FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Provider Group: [PPG NAME]</p> <p>Material ID# [XXXXXX_XXXX_XXXX] CMS Approved [XXXXXXXXXX]</p>	<p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: [004336] RxPCN: [MEDDADV] RxGrp: [RX6270] RxID: [XXXXXXXXXXXX]</p> <p>CMS_H3237_001</p>	<p>Member/Provider Service & Behavioral Health: [X-XXX-XXX-XXXX] TTY Member Service & Behavioral Health: [XXX] 24-Hour Nurse Advice Line: [X-XXX-XXX-XXXX] or TTY: [XXX] Caremark Pharmacy Help Desk: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Phone Number: [X-XXX-XXX-XXXX]</p> <p>Website: [www.healthnet.com/calmediconnect]</p> <p>Send claims to: Submit Medical Claims to: [Health Net Community Solutions, Inc.] [P.O. Box 14703] [Lexington, KY 40512]</p> <p>Submit Drug Claims to: [Health Net - Attn: Pharmacy Claims] [PO Box 419069] [Rancho Cordova, CA 95741-9069]</p>
--	--	--

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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no deberá utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener los servicios de Cal MediConnect. Conserve estas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado a Health Net Cal MediConnect, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a su plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el capítulo 7 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 del Plan de Salud Mental (por sus siglas en inglés, MHP) del condado, necesitará la tarjeta de Medi-Cal.

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 usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte la página 7).

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Puede solicitar un *Directorio de Farmacias y Proveedores* anual llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en www.healthnet.com/calmediconnect o puede descargarlo de nuestro sitio web.

El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios que se producen en los proveedores y las farmacias de la red. Este directorio proporciona una lista de profesionales de la salud (médicos, enfermeros y psicólogos), centros (hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (proveedores de atención de salud diurna para adultos y cuidado de la salud en el hogar), que puede consultar como afiliado a Health Net Cal MediConnect. También enumeramos las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos que requieren receta médica. Entre los tipos de farmacias enumerados en el directorio, se incluyen los siguientes: de venta minorista, de compra por correo, de infusión en el hogar, de atención a largo plazo, del Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/ Urbano y de especialidad.

¿Quiénes son los proveedores de la red?

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede visitar como afiliado a nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan.
 - Servicios y apoyo a largo plazo, 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 y Medi-Cal.
- Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.
- ***Tenga en cuenta lo siguiente:*** Los proveedores de servicios de apoyo en el hogar no forman parte de la red. Puede elegir el proveedor calificado de servicios de apoyo en el hogar que desee.

¿Qué son las “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 buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted *debe* surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si desea que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para obtener más información. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. El Departamento de Servicios al Afiliado y 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar. Le indica los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por Health Net Cal MediConnect.

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

Cada año, enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite www.healthnet.com/calmediconnect o llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Explicación de Beneficios

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

La **Explicación de Beneficios** le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 tiene más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una *Explicación de Beneficios* si lo solicita. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para obtener una copia. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de afiliación?

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

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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- Si tiene reclamos de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hospital o una casa de reposo.
- Si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Si cambia su cuidador o la persona responsable por usted.
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica.

Si cambia algún dato, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

También puede cambiar su dirección o número de teléfono desde nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect.

¿Conservamos la privacidad de su información médica personal?

Sí. Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica. Si desea obtener más información acerca de cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 11.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado del plan Health Net Cal MediConnect (plan de Medicare-Medicaid).....	16
Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado por lo siguiente:	16
■ Preguntas sobre el plan.	16
■ Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de afiliados.	16
■ Decisiones de cobertura sobre la atención de salud.	16
■ Apelaciones sobre la atención de salud.	17
■ Quejas sobre la atención de salud.	17
■ Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.	17
■ Si desea obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9.	17
■ Apelaciones sobre los medicamentos.	17
■ Quejas sobre los medicamentos.	18
■ Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.	18
B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención	18
Comuníquese con su coordinador de atención por lo siguiente:	19
■ Preguntas sobre la atención de salud.	19
■ Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias).	19
■ Preguntas sobre transporte.	19
■ Preguntas sobre servicios y apoyo a largo plazo.	19
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	21
Llame a la Línea de Consultas con Enfermeras por lo siguiente:	22
■ Preguntas sobre la atención de salud.	22
■ La Línea de Consultas con Enfermeras está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y le brinda soporte clínico inmediato para las preguntas y los problemas de salud de la vida diaria. Las enfermeras pueden ayudarlo con lo siguiente: ...	22
○ Tratamiento de lesiones menores y enfermedades.	22
○ Evaluación de situaciones de emergencia relacionadas con la salud.	22

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento 22

Comuníquese con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento por lo siguiente: 23

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias. 23

E. Cómo comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud 23

Comuníquese con el HICAP por lo siguiente: 24

- Preguntas sobre el plan Cal MediConnect. 24

F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 24

Comuníquese con Livanta por lo siguiente: 25

- Preguntas sobre la atención de salud. 25

G. Cómo comunicarse con Medicare 25

H. Cómo comunicarse con el Servicio de Opciones de Atención de Salud de Medi-Cal 26

I. Cómo comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect 27

J. Cómo comunicarse con los servicios sociales del condado 28

K. Cómo comunicarse con el plan de servicios de salud mental especializados de su condado 28

Comuníquese con el plan de servicios de salud mental especializados de su condado por lo siguiente: 29

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento proporcionados por el condado. .. 29

L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California 29

M. Otros recursos 30

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado del plan Health Net Cal MediConnect (plan de Medicare-Medicaid)

POR TELÉFONO	<p>1-855-464-3572. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Puede hablar con una persona de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En otros momentos, incluidos los sábados, domingos y feriados nacionales, puede dejar un mensaje de voz. Le devolveremos su llamada el próximo día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). 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> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En otros momentos, incluidos los sábados, domingos y feriados nacionales, puede dejar un mensaje de voz.</p>
POR FAX	1-800-281-2999 o 1-866-461-6876
POR CORREO	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
SITIO WEB	www.healthnet.com/calmediconnect

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado por lo siguiente:

- 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 la atención de salud.

- ➔ Si desea obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



■ **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 desea obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

■ **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).

- ➔ Puede llamarnos y explicarnos su queja. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ➔ 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).
- ➔ Puede enviar una queja sobre Health Net Cal MediConnect a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en <https://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 al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914).
- ➔ Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con la atención de salud, consulte el Capítulo 9.

■ **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 Parte D, los medicamentos que requieren receta médica y los medicamentos de venta libre de Medi-Cal.

- Si desea obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9.

■ **Apelaciones sobre los medicamentos.**

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

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica por teléfono, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Si desea obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9.

- **Quejas sobre los medicamentos.**

Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia, incluidas las quejas sobre medicamentos que requieren receta médica.

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).**

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

- ➔ Si desea obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9.

- **Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.**

Si desea obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.

- ➔ Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

Un 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 haya afiliado a nuestro plan.

El Departamento de Servicios al Afiliado le informará cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud que satisfagan sus necesidades de atención de salud. Colabora con usted para establecer su plan de atención. Lo ayudará a decidir quién formará parte del equipo de atención. Le dará la información que necesita para coordinar la atención de salud. Esto también lo ayudará a elegir lo mejor para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si necesita comunicarse con su coordinador de atención.

Si desea cambiar su coordinador de atención o tiene más preguntas, llame al número de teléfono que aparece a continuación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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

POR TELÉFONO	<p>1-855-464-3572. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En otros momentos, incluidos los sábados, domingos y feriados nacionales, puede dejar un mensaje de voz.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). 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> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En otros momentos, incluidos los sábados, domingos y feriados nacionales, puede dejar un mensaje de voz.</p>
POR CORREO	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>

Comuníquese con su coordinador de atención por lo siguiente:

- 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 el apoyo a largo plazo incluyen servicios comunitarios para adultos, el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad y centros de enfermería.

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.
- » Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad.
- » Atención de enfermería especializada.
- » Fisioterapia.
- » Terapia ocupacional.
- » Terapia del habla.
- » Servicios sociales médicos.
- » Cuidado de la salud en el hogar.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios comunitarios para adultos (por sus siglas en inglés, CBAS):

Pueden ser elegibles los afiliados de Medi-Cal que sufran impedimentos físicos, mentales o sociales después de cumplir 18 años y que puedan beneficiarse al obtener los CBAS. Los afiliados elegibles deben cumplir con los siguientes criterios:

- Necesidades que sean lo suficientemente importantes para requerir un centro de enfermería de nivel de atención A (por sus siglas en inglés, NF-A) o niveles superiores.
- Una discapacidad cognitiva, de moderada a grave, incluida la enfermedad de Alzheimer, de moderada a grave, y otros tipos de demencia.
- Una discapacidad del desarrollo.

Una discapacidad cognitiva, de leve a moderada, incluida la enfermedad de Alzheimer o la demencia, y la necesidad de asistencia o supervisión en dos de las siguientes actividades:

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| ○ Ducharse. | ○ Ir al baño. |
| ○ Vestirse. | ○ Deambular. |
| ○ Alimentarse. | ○ Trasladarse. |
| ○ Administrar medicamentos. | ○ Higienizarse. |

Una enfermedad mental crónica o lesión cerebral, y la necesidad de asistencia o supervisión en dos de las siguientes actividades:

- | | |
|----------------|----------------|
| ○ Ducharse. | ○ Ir al baño. |
| ○ Vestirse. | ○ Deambular. |
| ○ Alimentarse. | ○ Trasladarse. |

Administración de medicamentos, o la necesidad de asistencia o supervisión en una de las necesidades antes mencionadas y en una de las que se detallan a continuación:

- Higienizarse.
- Administrar dinero.
- Acceder a recursos.
- Preparar comidas.
- Trasladarse.
- Una expectativa razonable de que los servicios preventivos mantendrán o mejorarán el nivel actual de funcionamiento (por ejemplo, en casos de lesión cerebral por traumatismos o infecciones).
- Mayor probabilidad de deterioro y hospitalización si no están disponibles los CBAS (por ejemplo, en casos de tumores cerebrales o demencia relacionada con el VIH).

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP):

Para tener acceso a un MSSP, los afiliados de Medi-Cal deben cumplir con los siguientes criterios:

- Deben tener 65 años o más.
- Certificar el ingreso en un centro de enfermería especializada.
- Vivir en un condado en el que haya alguna sede del MSSP y estar dentro del área de servicio.
- Ser aptos para recibir servicios de administración de la atención.
- Recibir los servicios dentro de las limitaciones de costos del MSSP.

Centros de enfermería:

Los afiliados deben requerir atención médica a corto o largo plazo las 24 horas, según lo indica el médico, para ser elegibles para la atención a largo plazo o en un centro de enfermería especializada.

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 de enfermería a cargo de personal clínico capacitado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La Línea de Consultas con Enfermeras ofrece evaluaciones de atención de salud, en tiempo real, para ayudar al afiliado a decidir el nivel de atención que necesita en el momento. Las enfermeras 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. Los afiliados pueden acceder a la Línea de Consultas con Enfermeras llamando al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

POR TELÉFONO	<p>1-855-464-3572. Esta llamada es gratuita. El asesoramiento telefónico y las consultas de enfermería, a cargo de personal clínico capacitado, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>TTY: 711</p> <p>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> <p>El asesoramiento telefónico y las consultas de enfermería, a cargo de personal clínico capacitado, está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Llame a la Línea de Consultas con Enfermeras por lo siguiente:

- **Preguntas sobre la atención de salud.**
- **La Línea de Consultas con Enfermeras está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y le brinda soporte clínico inmediato para las preguntas y los problemas de salud de la vida diaria. Las enfermeras pueden ayudarlo con lo siguiente:**
 - Tratamiento de lesiones menores y enfermedades.
 - Evaluación de situaciones de emergencia relacionadas con la salud.
 - Decisiones apropiadas sobre la atención de salud.
- **Consultas personales con médicos clínicos capacitados. Todos nuestros médicos clínicos, disponibles las 24 horas, cuentan con la experiencia y el conocimiento para ayudarlo con su inquietud principal, mientras exploran y abordan una variedad de problemas que pueden estar relacionados con esa inquietud o agravados por esta.**
- **Respuestas a preguntas sobre salud las 24 horas del día. Sin embargo, siempre debe llamar al 9-1-1 o ir directamente a la sala de emergencias en una situación de riesgo vital.**

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

POR TELÉFONO	<p>1-855-464-3572. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los médicos clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). 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> <p>Los médicos clínicos especializados en salud del comportamiento con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Comuníquese con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento por lo siguiente:

■ Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias.

Health Net Cal MediConnect le brinda acceso permanente a información y consultas médicas. Cuando nos llame, los especialistas en salud del comportamiento responderán las preguntas relacionadas con su bienestar. Si tiene una necesidad de salud urgente que no sea una emergencia, como preguntas clínicas sobre salud del comportamiento, puede llamar a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios de salud mental especializados en su condado, vaya a la página 28.

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 (por sus siglas en inglés, HICAP) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a resolver sus problemas. El HICAP tiene 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.

POR TELÉFONO	San Diego: 1-858-565-8772 o 1-858-565-1392 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	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.
POR CORREO	HICAP 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	http://seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Comuníquese con el HICAP por lo siguiente:

■ Preguntas sobre el plan Cal MediConnect.

Los asesores del HICAP pueden hacer lo siguiente:

- » Ayudarlo a comprender sus derechos.
- » Ayudarlo a comprender sus opciones de planes.
- » Responder sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan.
- » Ayudarlo a presentar quejas sobre su atención de salud o tratamiento.
- » Ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas.

F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

POR TELÉFONO	1-877-588-1123
TTY	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.
POR FAX	Apelaciones: 1-855-694-2929 Todas las demás revisiones: 1-844-420-6672
POR CORREO	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.BFCCQIOAREA5.com

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Comuníquese con Livanta por lo siguiente:

■ 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 (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

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 (por sus siglas en inglés, CMS).

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



SITIO WEB

<http://www.medicare.gov>

Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y luego hace clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web).

El sitio web de Medicare cuenta con la siguiente herramienta, que puede ayudarlo a encontrar los planes disponibles en su área:

Buscador de Planes de Medicare: Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos).

Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad local. O bien, puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

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 relacionadas con la selección de un plan Cal MediConnect o problemas con la inscripción. Para obtener orientación gratuita sobre seguros de salud para las personas que tienen Medicare (HICAP), consulte la Sección E.

POR TELÉFONO

1-844-580-7272

Los representantes del Servicio de Opciones de Atención de Salud están disponibles de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

TTY/TDD

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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



POR CORREO	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us

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

El Programa de Defensoría de Cal MediConnect puede ayudarlo a resolver problemas sobre los servicios o la facturación. Pueden responder sus preguntas y ayudarlo a resolver sus problemas. Los servicios son gratuitos.

El Programa de Defensoría de Cal MediConnect no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

POR TELÉFONO	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. San Diego: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	1-855-847-7914 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. 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.
POR CORREO	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
SITIO WEB	http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/ .

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



J. Cómo comunicarse con los servicios sociales del condado

Si necesita asistencia con aquellos servicios que reciben la ayuda de los servicios sociales de su condado, como beneficios aplicables, comuníquese con el departamento local de servicios sociales de su condado.

POR TELÉFONO	<p>Oficina central solamente: 1-800-510-2020</p> <p>Fuera del condado de San Diego: 1-800-339-4661</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.</p>
TTY	<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>
POR CORREO	<p>Consulte las páginas blancas de la guía telefónica bajo el nombre de GOBIERNO DEL CONDADO para encontrar la oficina de servicios sociales más cercana.</p>
SITIO WEB	<p>http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html</p>

K. Cómo comunicarse con el plan de servicios de salud mental especializados de su condado

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

POR TELÉFONO	<p>Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego: 1-888-724-7240. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). 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> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Comuníquese con el plan de servicios de salud mental especializados de su condado por lo siguiente:

- **Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento proporcionados por el condado.**

Para obtener información gratuita y confidencial sobre salud mental, remisiones a proveedores de servicios y orientación en casos de crisis, en cualquier momento del día, llame a la línea directa de los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego.

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

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

POR TELÉFONO	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	TDD: 1-877-688-9891 TTY: 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.
POR CORREO	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
POR FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	http://www.hmohelp.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



M. Otros recursos

Agencias del área para personas de la tercera edad

La agencia local para las personas de la tercera edad puede proporcionarle información y ayudar a coordinar los servicios disponibles para los adultos mayores.

POR TELÉFONO	Únicamente dentro del condado de San Diego: 1-800-510-2010
	Fuera del condado de San Diego: 1-800-339-4661
	De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)
POR CORREO	San Diego County Aging & Independence Services 5560 Overland Ave, Suite 310 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/

Departamento de Servicios de Atención Médica

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

POR TELÉFONO	Número de teléfono gratuito: 1-800-541-5555
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)
POR CORREO	Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.medi-cal.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que sus salarios son más altos. Si usted recibe una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto, o si su salario disminuyó debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede comunicarse con el Seguro Social para pedir una reconsideración.

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

<p>POR TELÉFONO</p>	<p>1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del este (cuenta con información grabada y servicios automáticos disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados).</p> <p>Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.</p>
<p>TTY</p>	<p>1-800-325-0778</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.</p> <p>De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>http://www.ssa.gov</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Índice

- A. Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 34**
- B. Reglas para obtener atención de salud, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo cubiertos por el plan 34**
- C. Su coordinador de atención 36**
- D. Cómo obtener la atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red 36**
 - Cómo obtener la atención de un proveedor de atención primaria 36
 - Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 39
 - ¿Qué sucede si un proveedor de la red abandona nuestro plan? 40
 - Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 41
- E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo 41**
- F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno de abuso de sustancias) 42**
 - ¿Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan fuera de Health Net Cal MediConnect a través de los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego, del Plan de Salud Mental y de los Servicios de Salud del Comportamiento/Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas del Condado de San Diego? ... 42
- G. Cómo obtener servicios de transporte 45**
- H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre 46**
 - Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 46
 - Cómo obtener atención requerida de urgencia 48
 - Cómo obtener atención en caso de desastre 49
- I. ¿Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan? 49**
 - ¿Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubra ciertos servicios? 50

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



J. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica?	50
¿Qué es un estudio de investigación clínica?	50
Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	51
Más información	51
K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de atención de salud cuando usted forma parte de una institución religiosa no médica de atención de salud?	51
¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud?	51
¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?	52
L. Reglas para ser propietario de equipo médico duradero	52
¿Puede ser propietario de su equipo médico duradero?	52
¿Qué sucede si se cambia a Medicare?	53

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

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 que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son todos los servicios que paga el plan. Los servicios cubiertos de atención de salud y salud del comportamiento, y los servicios y apoyo a largo plazo se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4.

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 brindan servicios de atención de salud, servicios de salud del comportamiento, equipos médicos y algunos servicios y apoyo a largo plazo.

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. Si consulta a un proveedor de la red, generalmente, usted no paga los servicios cubiertos.

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

Health Net Cal MediConnect cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Estos incluyen salud del comportamiento, servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) y medicamentos que requieren receta médica.

En general, Health Net Cal MediConnect paga por los servicios de atención de salud, servicios de salud del comportamiento y LTSS que obtiene si sigue las reglas del plan. Para que estos servicios estén cubiertos:

- 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 de este manual).
- La atención debe **considerarse necesaria**. “Necesaria” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o para conservar 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 estándares aceptados por la práctica médica.
- Para los servicios médicos, usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP)** de la red que haya indicado la atención o le haya indicado consultar a otro médico. Como un 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 usted consulte a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **remisión**. Si desea obtener más información sobre las **remisiones**, consulte la página 39.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- » Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el 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 juntos y tienen un contrato con nuestro plan.
- » Usted no necesita una remisión de su PCP para atención de emergencia o atención requerida de urgencia, o para consultar a un proveedor de salud para la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Si desea obtener más información sobre este tema, consulte la página 39.
 - Si desea obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 37.
- **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 con el plan de salud y con el grupo médico de su PCP. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - » El plan cubre la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre la *atención de emergencia* o la *atención requerida de urgencia* consulte la página 46.
 - » 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. Se requiere autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red. Una vez que se aprueba la autorización, usted, el proveedor que presentó la solicitud y el proveedor que la aceptó serán notificados sobre la autorización aprobada. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Si desea información acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la página 41.
 - » El plan cubre 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 seguir consultando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si comprobamos una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1, página 7). Si aprobamos su solicitud, puede seguir consultando a sus proveedores actuales por hasta 12 meses para seguir recibiendo servicios. Durante ese tiempo, el coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico del PCP. Luego de 12 meses, ya no cubriremos su atención si sigue consultando a proveedores que no pertenecen a nuestra red y no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



C. Su coordinador de atención

Un 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 haya afiliado a nuestro plan.

El Departamento de Servicios al Afiliado le informará cómo puede comunicarse con su coordinador de atención. Lo ayudará a organizar los servicios de atención de salud que satisfagan sus necesidades de atención de salud. Colabora con usted para establecer su plan de atención. Lo ayudará a decidir quién formará parte del equipo de atención. Le dará la información que necesita para coordinar la atención de salud. Esto también lo ayudará a elegir lo mejor para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si necesita comunicarse con su coordinador de atención.

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

Si necesita más ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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

Cómo obtener la atención de un proveedor de atención primaria

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red de 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. Estos proveedores incluyen médicos que proporcionan atención médica general o familiar y atención de medicina interna; y ginecólogos u obstetras, que proporcionan atención para la mujer.

Usted obtendrá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP lo ayudará a administrar 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 especialistas;

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

“Coordinar” los servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si usted necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (por ejemplo, una remisión para consultar a un especialista). Para ciertos servicios, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización 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.

Tal como explicamos anteriormente, en general, usted consultará a su PCP en primer lugar para satisfacer la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Cuando su PCP considere que usted necesita tratamiento especializado, le deberá proporcionar una remisión (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista del plan o a otros proveedores. Solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener sin la aprobación previa de su PCP, como explicamos a continuación.

Cada afiliado tiene un PCP. Un PCP también puede ser una clínica. Las mujeres pueden elegir a un obstetra o ginecólogo, o una clínica de planificación familiar como su PCP.

Puede elegir a un profesional de la salud no médico como su PCP. Estos profesionales pueden ser enfermeras parteras certificadas, enfermeras certificadas y especializadas con práctica médica y asistentes médicos. Seguirá vinculado al PCP supervisor, pero recibirá los servicios del profesional no médico que seleccionó. Puede cambiar esta elección, pero debe cambiar el PCP supervisor. Su tarjeta de identificación tendrá el nombre impreso del PCP supervisor. Es posible que un especialista se desempeñe como su PCP. El especialista debe estar dispuesto a ofrecerle la atención que usted necesita y poder hacerlo.

Elegir un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural como su PCP

Un centro de salud federalmente calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o una clínica de salud rural (por sus siglas en inglés, RHC) son clínicas y pueden ser su PCP.

Los FQHC y las RHC son centros de salud que proveen servicios de atención primaria. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener los nombres y las direcciones de los FQHC y las RHC que trabajan con Health Net Cal MediConnect, o búsquelos en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Cómo elige a su PCP?

Cuando se inscribe en nuestro plan, usted puede elegir un grupo médico contratado de nuestra red. Un grupo médico es un grupo de PCP, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan juntos y tienen un contrato con nuestro plan. También elegirá un PCP de este grupo médico contratado. El PCP que elija debe pertenecer a un grupo médico que se encuentre a 30 millas o a 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 puede visitar nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect. Para confirmar la disponibilidad de un proveedor o para consultar sobre un PCP específico, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

El grupo médico y el PCP realizan remisiones a determinados especialistas del plan y utilizan determinados hospitales dentro de su red. Si hay un especialista del plan u hospital en particular que usted desea usar, primero asegúrese de que los especialistas y los hospitales pertenezcan al grupo médico y a la red del PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio del PCP están impresos en su tarjeta de afiliado.

Si no elige un grupo médico o PCP, o si elige un grupo médico o un PCP que no estén disponibles en este plan, automáticamente lo asignaremos a un grupo médico o a un PCP cerca de su domicilio.

Si desea obtener más información acerca de cómo cambiar su PCP, consulte “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 deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP dentro de la red.

Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en la que nuestro plan recibe su solicitud. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede visitar nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect, y presentar su solicitud.

Cuando se comunique con nosotros, asegúrese de informarnos si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que requieran 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 puede continuar recibiendo atención especializada y otros servicios cuando cambie de PCP. Además, se asegurará de que el PCP al que usted desea cambiarse acepte pacientes nuevos.

El Departamento de Servicios al Afiliado modificará su registro de afiliación para que indique el nombre de su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigor dicho cambio.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 actualmente consulta a un especialista o si recibe otros servicios cubiertos que requieren aprobación del PCP. El Departamento de Servicios al Afiliado lo ayudará a asegurarse de que continúe recibiendo atención especializada y otros servicios cuando cambie de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar 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 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 es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede consultar a estos proveedores sin una remisión.
- Servicios de planificación familiar de proveedores dentro y fuera de la red.
- Atención prenatal básica, servicios para tratar las enfermedades de transmisión sexual y pruebas del VIH.

Cómo obtener 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Si el especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión (aprobación por adelantado) que obtuvo del PCP para la primera consulta cubra más visitas al especialista.

El grupo médico y el PCP realizan remisiones a determinados especialistas del plan y utilizan determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que puede usar. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico o PCP usa estos especialistas u hospitales. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea ver a un especialista del plan o ir a un hospital a los que su PCP actual no puede remitirlo. En este capítulo, en “Cómo cambiar de PCP”, le indicaremos cómo hacerlo.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan o grupo médico (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de utilizar ciertos servicios. Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará esa autorización 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. Consulte la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, para obtener más información sobre los servicios específicos que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un proveedor de la red abandona nuestro plan?

Un proveedor de la red que usted está utilizando 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 médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- 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 tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

Es muy importante obtener la aprobación por adelantado antes de consultar a un proveedor fuera de la red o de recibir servicios fuera de nuestra red (con la excepción de la atención de emergencia y la atención 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 obtiene la aprobación por adelantado, es posible que tenga que pagar usted mismo esos servicios.

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

➔ **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá ser elegible para participar en Medicare o Medicaid. No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medicaid. Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo

Los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) incluyen los servicios comunitarios para adultos, el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad y los centros de enfermería. Estos servicios pueden brindarse en su hogar, en su comunidad o en un centro. A continuación, se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios comunitarios para adultos (por sus siglas en inglés, CBAS):** Programa centralizado de servicios para pacientes ambulatorios, que ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacional y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para cuidadores y familias, servicios de nutrición, transporte y otros servicios, si usted cumple con los criterios de elegibilidad correspondientes.
- **Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP):** Un programa específico de California que brinda servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS) para adultos mayores cuyo estado de salud es delicado y que serían elegibles para ingresar en un centro de enfermería, pero desean permanecer en la comunidad. Las personas elegibles para Medi-Cal, que tengan 65 años o más, con discapacidades pueden calificar para este programa. Este programa es una alternativa a la internación en un centro de enfermería. Los servicios del MSSP pueden incluir, entre otros,

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



los siguientes: Cuidado diurno para adultos/centro de apoyo, asistencia en el hogar como adaptaciones físicas y dispositivos auxiliares, asistencia de cuidado personal y quehaceres, supervisión para protección, administración de la atención y otros tipos de servicios.

- **Centro de enfermería:** Centro que brinda atención a personas que no pueden permanecer seguras en el hogar, pero que tampoco necesitan estar en un hospital.

Su coordinador de atención lo ayudará a comprender cada programa. Si desea obtener más información sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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 médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Health Net Cal MediConnect ofrece acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medi-Cal no son proporcionados por Health Net Cal MediConnect, pero estarán disponibles para los afiliados elegibles a Health Net Cal MediConnect a través de los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego, del Plan de Salud Mental y de los Servicios de Salud del Comportamiento/Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas del Condado de San Diego.

¿Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan fuera de Health Net Cal MediConnect a través de los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego, del Plan de Salud Mental y de los Servicios de Salud del Comportamiento/Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas del Condado de San Diego?

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles a través del Plan de Salud Mental (por sus siglas en inglés, MHP) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica para este tipo de servicios. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal brindados por los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego, el MHP y los Servicios de Salud del Comportamiento/Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas (por sus siglas en inglés, ADS) del Condado de San Diego incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, colateral y plan de desarrollo).
- Servicios de asistencia para la administración de medicamentos.
- Tratamientos diurnos intensivos.
- Rehabilitación de día.
- Intervención en casos de crisis.
- Estabilización en casos de crisis.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis.
- Servicios en centros de salud psiquiátrica.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados psiquiátricos.
- Administración de casos de riesgo.

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal están disponibles a través de los Servicios de Salud del Comportamiento/ADS del Condado de San Diego, si cumple con los criterios de necesidad médica de Medi-Cal. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal brindados por los Servicios de Salud del Comportamiento/ADS incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento con narcóticos.
- Servicios de tratamiento con naltrexona para tratar la dependencia de opioides.

Además de los servicios de medicamentos de Medi-Cal detallados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes internados, si se cumple con los criterios de necesidad médica.

También tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios cubiertos por Medicare y 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:

- 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: alojamiento en una habitación de dos camas o más, que incluye unidades de tratamiento especial, suministros y servicios auxiliares provistos por el centro.
- Niveles de atención alternativos y para pacientes internados: internación parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios en un centro certificado por Medicare.
- Desintoxicación: servicios para pacientes internados, para la desintoxicación aguda y el tratamiento de afecciones médicas graves relacionadas con el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios de emergencia: pruebas de detección, exámenes y evaluaciones para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica psiquiátrica de emergencia.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Si desea obtener información sobre proveedores, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede visitar nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect.

Exclusiones y limitaciones de servicios de salud del comportamiento

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

Proceso para determinar la necesidad médica de los servicios de salud del comportamiento

El plan debe autorizar algunos servicios de salud del comportamiento y suministros para que estén cubiertos. Para obtener detalles sobre los servicios que pueden requerir autorización previa, consulte el Capítulo 4. Para obtener autorización para estos servicios, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. El plan lo remitirá a un profesional de salud mental contratado que atienda cerca de su domicilio para que evalúe si necesita más tratamiento. Si usted necesita tratamiento, el profesional de salud mental contratado desarrollará un plan de tratamiento y lo enviará a Health Net para que lo revise. Los servicios incluidos en el plan de tratamiento estarán cubiertos cuando los autorice el plan. Si el plan no aprueba el plan de tratamiento, no se cubrirán más servicios ni suministros para esa afección. Sin embargo, el plan puede sugerirle que asista al departamento de salud mental del condado para que lo ayude a obtener la atención que necesita.

Procedimientos de remisión entre Health Net Cal MediConnect y los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de San Diego, el Plan de Salud Mental (MHP) y los Servicios de Salud del Comportamiento/Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas (ADS) del Condado de San Diego.

Las remisiones para los servicios de salud del comportamiento de Health Net Cal MediConnect se pueden realizar desde muchas fuentes, como proveedores de salud del comportamiento del condado, administradores de casos del condado, PCP, afiliados y sus familiares.

Estas fuentes de remisiones pueden comunicarse con Health Net Cal MediConnect llamando al número que aparece en la tarjeta de identificación de afiliado. Health Net confirmará la elegibilidad y autorizará los servicios cuando corresponda.

Health Net trabajará con el condado de San Diego para brindarle una remisión y una coordinación de la atención adecuadas.

Usted puede realizar las remisiones para los servicios de salud mental especializados o los Servicios contra el Abuso de Alcohol y Drogas del condado.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Los servicios de coordinación de atención incluyen la coordinación de servicios entre el PCP, los proveedores de salud del comportamiento del condado, los administradores de casos del condado, usted y sus familiares o cuidadores, según corresponda.

Qué hacer si tiene un problema o una queja sobre un servicio de salud del comportamiento

Los beneficios incluidos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio. Consulte el Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas), para obtener más información sobre cómo presentar quejas.

Continuidad de la atención para afiliados que están recibiendo servicios de salud del comportamiento

Si actualmente recibe servicios de salud del comportamiento, puede solicitar seguir consultando a su proveedor. Debemos aprobar esta solicitud si usted puede demostrar una relación existente con su proveedor durante los 12 meses anteriores a la inscripción. Si su solicitud es aprobada, puede continuar consultado a su proveedor actual por hasta 12 meses. Luego de los primeros 12 meses, ya no podremos mantener la cobertura de su atención si continúa consultando a un proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda con su solicitud, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Health Net Cal MediConnect está asociado con LogistiCare Solutions, LLC (LogistiCare), para brindar servicios de transporte médico que no sea de emergencia y transporte no médico para los afiliados a Health Net inscritos en el plan Cal MediConnect.

Transporte médico que no sea de emergencia

Todo transporte médico que no sea de emergencia (por sus siglas en inglés, NEMT) necesario para obtener servicios médicos cubiertos y sujeto a la orden escrita de un médico, dentista o podiatra, y solo cuando la afección médica y física del receptor no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otros medios de transporte público o privado.

Transporte no médico

El transporte no médico (por sus siglas en inglés, NMT) incluye el traslado a servicios médicos en automóvil, taxi u otros medios de transporte privado o público, provisto por personas no registradas como proveedores de Medi-Cal.

El NMT no incluye el traslado de afiliados enfermos, lesionados, convalecientes, débiles o incapacitados de alguna manera en ambulancia, camioneta con camilla ni vehículo para silla de ruedas.

El beneficio del NMT incluye lo siguiente:

- Viajes de ida y vuelta ilimitados por afiliado, por año calendario, sin cargo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Servicio de acera a acera.
- Taxi, automóviles estándar, camionetas.
- Servicio hacia y desde las citas médicas desde el lugar de residencia.
- No hay límite de millas dentro del área de servicio.
- Se permite un familiar o cuidador en el transporte sin cargo.
- Puede pedirle al conductor que se detenga en una farmacia, en el centro de un proveedor de servicios de radiología o en un laboratorio desde el consultorio del médico (no se cuenta como otro trayecto).

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

La solicitud de transporte debe presentarse siete días hábiles antes del día en el que necesitará el transporte, tanto para el transporte médico que no sea de emergencia, como para el transporte no médico.

Si necesita programar servicios con poca anticipación, se considerarán estas solicitudes, según cada caso, de manera individual, y dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se programó la cita para recibir servicios médicos y de la disponibilidad de recursos de transporte.

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

Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una 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 pueden 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 parte u órgano del cuerpo.
- En el caso de una embarazada o 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 tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Qué debería 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.
- **Lo antes posible, asegúrese de informarle a nuestro plan sobre su emergencia.** 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. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

¿Qué está cubierto si tiene 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 desea obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios, Capítulo 4.

La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios: los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana.

Estas son algunas excepciones según Medicare:

Existen tres situaciones en las que Medicare puede pagar algunos tipos de servicios de atención de salud en un hospital extranjero (un hospital fuera de los EE. UU.): 1. Usted se encuentra en los EE. UU. cuando tiene la emergencia médica, y el hospital extranjero está más cerca que el hospital de los EE. UU. más cercano que puede tratar su enfermedad o lesión. 2. Está viajando por Canadá sin retraso no razonable por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando sucede la emergencia médica, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital de los EE. UU. más cercano que puede tratar su enfermedad o lesión. Medicare determina qué caso se califica como “sin retraso no razonable” según cada caso. 3. Usted vive en los EE. UU. y el hospital extranjero está más cerca de su casa que el hospital de los EE. UU. más cercano que puede tratar su afección médica, independientemente de que sea una emergencia o no. En estas situaciones, Medicare pagará solo los servicios cubiertos por Medicare que obtenga en un hospital extranjero.

La cobertura de Medi-Cal se limita a los Estados Unidos y sus territorios, excepto para servicios de emergencia que requieran hospitalización en Canadá y México.

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. El plan cubrirá la atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia, y el médico le dice que no se trata de una verdadera emergencia médica. 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:

- Consulta a 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).

Cómo obtener atención requerida de urgencia

¿Qué es la 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.

Cómo obtener 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 grave, llame al “911” o vaya al hospital más cercano.

Si su situación no es tan grave, llame a su PCP o grupo médico; si no los puede llamar o necesita atención médica de inmediato, vaya al centro médico, centro de atención de urgencia u hospital más cercanos.

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

Su grupo médico está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder sus llamadas telefónicas sobre la atención médica que usted considera necesaria inmediatamente. Ellos evaluarán su situación y le darán instrucciones sobre dónde debe ir para obtener la atención que necesita.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Si no está seguro de si tiene una emergencia o si requiere servicios de urgencia, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711) para conectarse con los servicios de consultas con enfermeras. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. 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.

Cómo obtener atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio, no podrá recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan 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 se obtenga fuera de los Estados Unidos.

Cómo obtener 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, incluso en dicha situación.

Si desea información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect.

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 usar 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.

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

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde 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** para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubra ciertos 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).
 - 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 desea 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.

El Capítulo 9 explica qué hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico determinado. También le 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.

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

¿Qué es un 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 desea participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted califica para este. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos requeridos. 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 que no esté relacionada con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la aprobación 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?

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

Más información

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 (<https://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 están cubiertos sus servicios de atención de salud cuando usted forma parte de una institución religiosa no médica de atención de salud?

¿Qué es una 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 Parte 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?

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 brinda 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 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 este beneficio es ilimitada, siempre que cumpla con los requisitos anteriores.

L. Reglas para ser propietario de equipo médico duradero

¿Puede ser propietario de su equipo médico duradero?

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) son algunos artículos solicitados por un proveedor para que usted pueda utilizar en su casa. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. Como afiliado a nuestro plan, puede ser propietario de un DME alquilado, siempre y cuando su uso sea médicamente necesario, y usted deba usarlo por un período largo. Además, el artículo debe estar autorizado, dispuesto y coordinado por su PCP, grupo médico o Health Net. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para averiguar sobre los requisitos de alquiler o propiedad de DME y la documentación que debe proporcionar. Puede dejar un 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 determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del artículo de DME. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Si obtiene la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras esté afiliado a nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturar el costo de la reparación.

¿Qué sucede si se cambia a Medicare?

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME en los siguientes casos:

- No obtuvo la propiedad del artículo de 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.

Si realizó pagos por el artículo de DME mientras estaba afiliado a Medicare Original, antes de haberse afiliado a nuestro plan, estos pagos que realizó a Medicare no se considerarán para los 13 pagos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME.

➔ No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a utilizar Medicare Original.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Índice

A. Comprender sus servicios cubiertos	55
B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren los servicios	55
C. Sobre la Tabla de Beneficios	55
D. La Tabla de Beneficios	57
E. Beneficios cubiertos fuera de Health Net Cal MediConnect	95
Transiciones Comunitarias de California	95
Programa de Atención Dental de Medi-Cal	96
Cuidado de enfermos terminales	96
F. Beneficios no cubiertos por Health Net Cal MediConnect, Medicare o Medi-Cal	97

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Comprender sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica los servicios que paga nuestro plan. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medi-Cal, no tendrá que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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

No permitimos que los proveedores de nuestro plan le cobren sus servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

➔ **Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.**

C. Sobre la Tabla de Beneficios

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios 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 (incluidos los servicios de atención médica, salud del comportamiento y abuso de sustancias, apoyo y servicios a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que se necesitan los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica. “Necesidad médica” o “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad o una discapacidad considerables, o aliviar el dolor intenso a través del diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, dolencia o lesión.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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. El Capítulo 3 tiene más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar su aprobación antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red. Esto se llama remisión. El Capítulo 3 le 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 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 aprobación aparecen en cursiva en la Tabla de Beneficios.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos de la Tabla de Beneficios.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



D. La Tabla de Beneficios

Servicios que paga el plan	
	<p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagaremos 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, una enfermera especializada con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>
	<p>Acupuntura</p> <p><i>Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</i></p>
	<p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol (por sus siglas en inglés, SBIRT) 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>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, en helicóptero y por tierra. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de traslado pongan en riesgo su vida o su salud. Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>En los casos que no son emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave para que otras formas de traslado 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>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan	
	<p>Visita anual de bienestar</p> <p>Puede obtener un chequeo anual. Esto es establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Pagaremos este chequeo una vez cada 12 meses.</p>
	<p>Medición de masa ósea</p> <p>Pagaremos algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas en 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. Pagaremos estos servicios una vez cada 24 meses, 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>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años. ▪ Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. ▪ Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses.
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Pagaremos los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir algunas condiciones para obtener la remisión de un médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Es posible que necesite una autorización previa (aprobación por adelantado) para estar cubierto, excepto en una emergencia.</i></p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)

Pagaremos una visita por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el médico puede hacer lo siguiente:

- Analizar el uso de la aspirina.
- Controlar la presión arterial.
- Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.



Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)

Pagaremos 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.

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.



Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal

Pagaremos los siguientes servicios:

- Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.
- Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.
- Para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.

Servicios quiroprácticos

Pagaremos los siguientes servicios:

- Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



DetECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

Para las personas mayores de 50 años, pagaremos los siguientes servicios:

- Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses.
- Prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses.
- Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses.
- Detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años.
- Colonoscopia cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección).
- Colonoscopia (o enema de bario de detección) para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal cada 24 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.

SERVICIOS COMUNITARIOS PARA ADULTOS

Los servicios comunitarios para adultos (por sus siglas en inglés, CBAS) son un programa de servicios para pacientes ambulatorios en instituciones donde van las personas, según un cronograma. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas fisioterapia, terapia ocupacional y del habla); cuidado personal, capacitación y apoyo para cuidadores y familias, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si usted cumple con los criterios de elegibilidad.

Nota: Si no hay un centro de CBAS disponible, podemos ofrecer estos servicios por separado.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Orientación para dejar de fumar

Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar:

- Pagaremos dos sesiones para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión incluye hasta cuatro visitas de orientación en persona.

Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:

- Pagaremos dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.

Si está embarazada, es posible que reciba orientación para dejar de fumar ilimitada 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.

Nuestro plan también cubre orientación para dejar de fumar en línea y por teléfono, sin autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios dentales

Algunos servicios dentales, como limpiezas, empastes y dentaduras postizas completas, están disponibles a través del Programa de Atención Dental de Medi-Cal. Consulte la Sección E para obtener más información sobre este beneficio.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



DetECCIÓN DE DEPRESIÓN

Pagaremos 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.



DETECCIÓN DE DIABETES

Pagaremos el examen de detección (como 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).

Las pruebas pueden cubrirse en otros casos, como sobrepeso o 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes

Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (sean o no dependientes de insulina):

- 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.
 - » Los suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre pueden estar limitados a los suministros de determinados fabricantes. Su PCP lo ayudará a disponer o coordinar los servicios cubiertos.
- Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, pagaremos los siguientes servicios:
 - » 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 se proporcionan con los zapatos).
- También pagaremos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual).

Los siguientes artículos están cubiertos:

- sillas de ruedas;
- muletas;
- colchones de sistema eléctrico;
- suministros para la diabetes;
- camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizados en el hogar;
- bombas de infusión intravenosa;
- dispositivos generadores del habla;
- suministros y equipo de oxígeno;
- nebulizadores;
- andadores.

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.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor que pueda brindarle un artículo específico, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

También está cubierto el equipo médico duradero no cubierto por Medicare para su uso fuera del hogar. Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.

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.

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

Atención de emergencia

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

- Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, **y**
- 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 parte u órgano del cuerpo.
- En el caso de una embarazada o 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 sea estabilizada, usted 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.

La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios: los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y la Samoa Americana. Medicare tiene algunas excepciones. Consulte el Capítulo 3, Sección H, para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

Pagaremos los siguientes servicios:

- Prueba de planificación familiar y tratamiento médico.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar.
- Métodos de planificación familiar (dispositivo intrauterino, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos).
- Suministros para planificación familiar con receta médica (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones).
- Orientación 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.
- Anticoncepción permanente (debe ser mayor 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 se debe exceder los 180 días antes de la fecha de la cirugía).
- Asesoramiento sobre genética.

También pagaremos 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Programas de educación sobre la salud y el bienestar

Ofrecemos muchos programas que se enfocan en algunas afecciones. Estos incluyen lo siguiente:

- Clases de educación sobre la salud.
- Clases de educación sobre nutrición.
- Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco.
- Línea directa de enfermería.

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

Servicios de audición

Pagamos 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.

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

También pagaremos audífonos, incluido lo siguiente:

- Moldes, suministros y piezas.
- Reparaciones que cuesten más de \$25 por reparación.
- Un juego inicial de baterías.
- Seis visitas para capacitación y ajustes con el mismo proveedor, luego de obtener el audífono.
- Alquiler de audífonos durante un período de prueba.

El costo de 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). Si está embarazada o se encuentra en un centro de enfermería, el monto del beneficio máximo de \$1,510 no se aplica a usted. El reemplazo de los audífonos perdidos, robados o dañados en circunstancias fuera de su control no se incluye en el monto del beneficio máximo de \$1,510.

Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



DetECCIÓN DEL VIH

Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:

- Solicitan una prueba de detección del VIH.
- Tienen un mayor riesgo de infección por VIH.

Para las embarazadas, cubrimos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.

AGENCIA DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR

Antes de que pueda obtener servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y deben ser brindados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar.

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- 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).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Equipos y suministros médicos.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

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.

El plan pagará 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.

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

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

Para los servicios cubiertos por Health Net Cal MediConnect, pero no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:

- Health Net Cal MediConnect cubrirá aquellos servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte 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 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

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.

Nuestro plan cubre 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.

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



Vacunas

Pagaremos los siguientes servicios:

- Vacuna contra la neumonía.
- Vacunas contra la gripe, una vez al año, en el otoño o el invierno.
- Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B.

Pagaremos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

No se necesita autorización previa (aprobación por adelantado) para la vacuna contra la neumonía ni contra la gripe.

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

Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado) para obtener la cobertura de la vacuna contra la hepatitis B u otras vacunas, excepto en una emergencia.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Atención hospitalaria para pacientes internados

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios 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.
- 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, e 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. En determinadas circunstancias, los proveedores de trasplante 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 lugar fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.
- Sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Servicios de médicos.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red, después de que la emergencia esté bajo control.

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.

Atención de salud mental para pacientes internados

Pagaremos servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.

- Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Luego, la agencia de salud mental del condado local pagará los servicios para pacientes internados psiquiátricos que sean médicamente necesarios. La autorización para obtener más de 190 días de atención será coordinada con la agencia de salud mental del condado local.
 - El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.
- Si es mayor de 65 años, pagaremos los servicios recibidos en un instituto para enfermedades mentales. 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 necesaria, no la pagaremos.

Sin embargo, en algunos casos, pagaremos los servicios que obtiene mientras se encuentra en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios 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 técnicos.
- Vendajes quirúrgicos.
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.
- Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluidos el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos son dispositivos cumplen con las siguientes funciones:
 - » Reemplazan un órgano interno del cuerpo de forma total o parcial (incluido el tejido adyacente).
 - » Reemplazan la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción, de forma total o parcial.
- 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.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios y suministros para enfermedades renales

Pagaremos 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. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3).
- 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 verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua.

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 o en los casos en los que necesite diálisis fuera del área de servicio del plan.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Detección de cáncer de pulmón

El plan pagará los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:

- Tiene entre 55 y 77 años.
- Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado.
- Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.

Luego del primer examen de detección, el plan pagará otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.



Terapia de nutrición médica

Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. Su médico realiza una remisión luego de un trasplante de riñón.

Pagaremos tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare).

Pagaremos 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 su remisión cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare

Pagaremos los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP).

El MDPP es una intervención estructurada para el cambio en el comportamiento de salud que ofrece capacitación práctica sobre cómo cambiar la alimentación a largo plazo y aumentar la actividad física, y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar el desafío de mantener el peso perdido y un estilo de vida saludable

Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B

Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Health Net Cal MediConnect pagará los siguientes medicamentos:

- Medicamentos que no suele tomar 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 se inscribió en Medicare Parte 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, tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento.
 - Antígenos.
 - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas.
 - Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente 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 Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.** Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas médicas estén cubiertas.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

➔ **En el Capítulo 6, 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.

Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP)

El MSSP es un programa de administración de casos que brinda servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS) a las personas elegibles para Medi-Cal.

Para ser elegible, debe tener 65 años o más; vivir dentro del área de servicio; ser atendido dentro de los límites de costos del MSSP; estar apto para recibir los servicios de administración de la atención; ser elegible actualmente para Medi-Cal; y estar certificado, o poder estarlo, para su internación en un centro de enfermería.

Los servicios del MSSP incluyen los siguientes:

- cuidado diurno para adultos y centro de apoyo;
- asistencia en el hogar;
- asistencia de cuidado personal y quehaceres domésticos;
- supervisión con fines de protección;
- administración de la atención;
- atención de relevo;
- trasladarse;
- servicios de comidas;
- servicios sociales;
- servicios de comunicación.

Este beneficio tiene una cobertura de hasta \$4,285 por año.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Transporte médico que no sea de emergencia

Este beneficio permite el transporte más rentable y accesible. Estos pueden incluir servicios de ambulancia, vehículo con camilla o vehículo para silla de ruedas.

Los transportes se autorizan en los siguientes casos:

- El transporte es necesario para recibir servicios médicos cubiertos y está sujeto a la orden por escrito de un médico, dentista o podiatra, y cuando su afección o impedimento físico no le permitan viajar en autobús, automóvil, taxi u otros medios de transporte público o privado.
- Se necesita el transporte para obtener atención médica necesaria.

Es posible que se necesite autorización previa según el servicio.

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. La solicitud de transporte debe presentarse siete días hábiles antes del día en el que necesitará el transporte, tanto para el transporte médico que no sea de emergencia, como para el transporte no médico.

Si necesita programar servicios con poca anticipación, se considerarán estas solicitudes, según cada caso, de manera individual, y dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se programó la cita para recibir servicios médicos y de la disponibilidad de recursos de transporte.

LogistiCare facilitará la obtención de una orden (formulario de declaración de certificación del médico) de su proveedor.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Transporte no médico

Este beneficio permite el transporte para servicios médicos en automóvil, taxi u otros medios de transporte privado o público si confirma que no hay otros recursos disponibles.

Tendrá acceso a viajes ilimitados de ida y vuelta. Es posible que se necesite autorización previa según el servicio.

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

Consulte el Capítulo 3, Sección G, para obtener información adicional sobre los servicios de transporte.

Para solicitar los servicios de transporte detallados anteriormente, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

La solicitud de transporte debe presentarse siete días hábiles antes del día en el que necesitará el transporte, tanto para el transporte médico que no sea de emergencia, como para el transporte no médico.

Si necesita programar servicios con poca anticipación, se considerarán estas solicitudes, según cada caso, de manera individual, y dependerá de la naturaleza de la cita, de cuándo se programó la cita para recibir servicios médicos y de la disponibilidad de recursos de transporte.

LogistiCare facilitará la obtención de una orden (formulario de declaración de certificación del médico) de su proveedor.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 permanecer seguras en su hogar, pero que tampoco necesitan estar en un hospital.

Los servicios que pagaremos son, 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.
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye 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 administradas en centros de enfermería.
- Rayos X y otros servicios de radiología administrados en centros de enfermería.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados por centros de enfermería.
- Servicios de médicos/profesionales.
- Equipo médico duradero.
- Servicios dentales, como dentaduras postizas.
- Acupuntura.
- Beneficios de la vista.
- Audífonos.
- Pruebas auditivas.
- Atención quiropráctica.
- Servicios de podiatría.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

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 estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería).
- Un centro de enfermería en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted deja el hospital.

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.



Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso

Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos los servicios de orientación para ayudarlo a perder 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.

Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- Rayos X.
- Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios técnicos.
- Suministros quirúrgicos, como vendajes.
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.
- Pruebas de laboratorio.
- Sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (incluyen pruebas complejas, como tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y tomografía por emisión de fotón único).

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Pagaremos 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.

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.
- Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización 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 un proveedor para obtener una remisión.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios

Pagaremos servicios de salud mental brindados por los siguientes:

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

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- Servicios clínicos.
- Tratamiento diurno.
- Servicios psicológicos de rehabilitación.
- Programas de internación parcial/atención intensiva para pacientes ambulatorios.
- Evaluación y tratamiento individual y grupal de salud mental.
- Evaluaciones psicológicas para evaluar un resultado de salud mental cuando sea clínicamente indicado.
- Servicios para pacientes ambulatorios, para supervisar la terapia con medicamentos.
- Exámenes de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.
- Consulta psiquiátrica.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Pagaremos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF), entre otros.

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.

Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol.
- Tratamiento para el abuso de drogas.
- Orientación grupal o individual a cargo de un médico clínico calificado.
- Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial.
- Servicios relacionados con el abuso de drogas o alcohol en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento de desintoxicación con naltrexona (vivitrol).

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

Cirugía para pacientes ambulatorios

Pagaremos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios de internación parcial

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.

Nota: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la internación parcial solo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.

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

Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico

Pagaremos los siguientes servicios:

- Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes:
 - » Consultorios médicos.
 - » Centros quirúrgicos ambulatorios certificados.
 - » 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.
- Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de realizar un procedimiento médico.
- 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 y obtener una remisión para consultar a un especialista.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios de podiatría

Pagaremos los siguientes servicios:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón).
- Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores.

Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.



Exámenes de detección de cáncer de próstata

Para hombres mayores de 50 años, pagaremos los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:

- Examen de tacto rectal.
- Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA).

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Prótesis y suministros relacionados

Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Pagaremos las siguientes prótesis y es posible que paguemos otras que no se detallan aquí:

- Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía.
- Marcapasos.
- Aparatos ortopédicos.
- Zapatos ortopédicos.
- Brazos y piernas ortopédicos.
- Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).
- Pañales y cremas para incontinencia.

También pagaremos algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagaremos reparaciones o reemplazos de prótesis.

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

No pagaremos las prótesis dentales.

Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión en el caso de pañales y cremas para incontinencia.

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

Servicios de rehabilitación pulmonar

Pagaremos programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad.

Pagaremos servicios de respiración para pacientes que dependen de un respirador.

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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan



Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación

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 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.

También pagamos hasta dos sesiones individuales 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. Pagaremos 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Atención en un centro de enfermería especializada

Pagaremos los siguientes servicios, y es posible que paguemos otros servicios que no se detallan aquí:

- 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 en el que su cónyuge está viviendo en el momento en que usted deja el hospital.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Atención de urgencia

Atención de urgencia es la atención que obtiene para tratar lo siguiente:

- Una afección que no es de emergencia y 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 de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede obtener atención de un proveedor de la red.

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre la atención de urgencia.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Atención de la vista

Pagaremos los siguientes servicios:

- Un examen de la vista de rutina por año.
- Hasta \$100 para anteojos (marcos estándares y no estándares, y lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de anteojos) cada dos años*, **.
- Hasta \$100 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**/de la compra, los beneficios de años múltiples pueden no estar disponibles en años posteriores.

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

*** Los lentes de contacto necesarios para la vista, su ajuste y evaluación se pagan en su totalidad cada dos años.

**** Cobertura limitada a embarazadas o personas que residen en un centro de enfermería especializada cuando se cumplen los criterios de diagnóstico e indicación médica. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Examen: evaluación profesional, ajuste de aparatos para la vista deficiente y supervisión posterior, si corresponde, incluida la atención de seguimiento durante seis meses.

Entre los aparatos para la vista deficiente se incluyen los siguientes:

- Aparatos para la vista deficiente portátiles y otros dispositivos no montados en anteojos.
- Anteojos monofocales montados sobre aparatos para la vista deficiente.
- Lentes telescópicos y otros sistemas de lentes compuestos, incluida la visión telescópica a la distancia, los lentes telescópicos para la vista de cerca y sistemas de lentes compuestos.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Servicios médicos para la vista:

Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión en caso de exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

Los servicios médicos para la vista son brindados o coordinados por su PCP. Pagaremos los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. 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 que tienen un alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:

- personas con antecedentes familiares de glaucoma;
- personas con diabetes;
- afroamericanos de mayores de 50 años;
- hispanoamericanos mayores de 65 años.

Pagaremos un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque un 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 pagaremos lentes de corrección, marcos y repuestos si los necesita, después de una extracción de cataratas sin la colocación de un lente.

Cómo utilizar los beneficios de la vista

Este plan brinda cobertura para un examen de la vista anual de rutina, y lentes y accesorios cada 24 meses. Usted recibirá su examen de la vista anual de rutina (para determinar la necesidad de lentes y accesorios para corregir la vista) y los lentes y accesorios que correspondan, a través de un proveedor de la vista participante, y no a través de su grupo médico.

Coordine el examen de la vista anual de rutina con un proveedor de la vista participante. Para ubicar un proveedor de atención de la vista participante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede encontrar uno en línea, en www.healthnet.com/calmediconnect.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios que paga el plan

Podrá adquirir lentes y accesorios del proveedor que le haya realizado el examen o de una lista de proveedores de lentes y accesorios participantes en su área de servicio. Los lentes y accesorios suministrados por otros proveedores que no sean proveedores participantes no estarán cubiertos. Para ubicar un proveedor de lentes y accesorios participante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. O bien, puede buscar uno en línea, en www.healthnet.com/calmediconnect.

Usted será responsable del pago de servicios sin cobertura, por ejemplo, cualquier monto que supere su asignación para lentes, accesorios u opciones de lentes estéticos, tales como protección contra raspaduras, lentes progresivos, matices, etc. El pago que realice por estos servicios sin cobertura se realizará directamente al proveedor participante de lentes y accesorios.

Eso es todo lo que usted debe hacer para hacerse el examen de la vista de rutina y obtener sus nuevos anteojos o lentes de contacto.

Para obtener una lista de las exclusiones relacionadas con los exámenes de la vista y los lentes y accesorios de rutina, consulte la Sección F, más adelante en este capítulo.



Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”

Cubrimos, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. 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.

Importante: Nuestro plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



E. Beneficios cubiertos fuera de Health Net Cal MediConnect

Los siguientes servicios no están cubiertos por Health Net Cal MediConnect, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal.

Transiciones Comunitarias de California

El programa de Transiciones Comunitarias de California (por sus siglas en inglés, CCT) usa organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en un centro para pacientes internados durante, al menos, 90 días consecutivos a reinsertarse en la comunidad y permanecer de forma segura en ella. El programa de CCT financia los servicios de coordinación para la transición durante el período de pretransición, y durante 365 días posteriores a la transición, con el fin de ayudar a los beneficiarios a reinsertarse en la comunidad.

Puede recibir los servicios de coordinación para la transición de cualquier organización líder del CCT que preste servicios en el condado donde vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes y los condados donde prestan servicio en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica, www.medi-cal.ca.gov.

Para los servicios de coordinación para la transición del CCT:

Medi-Cal pagará los servicios de coordinación para la transición. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios que no están relacionados con la transición del CCT:

El proveedor le facturará los servicios a Health Net Cal MediConnect. Health Net Cal MediConnect pagará los servicios proporcionados después de la transición. Usted no paga estos servicios.

Mientras usted recibe los servicios de coordinación para la transición del CCT, Health Net Cal MediConnect pagará los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios, en la Sección D de este capítulo.

Sin cambios en el beneficio de cobertura para medicamentos de Health Net Cal MediConnect:

Los medicamentos no están cubiertos por el programa de CCT. Usted continuará recibiendo el beneficio habitual de medicamentos a través de Health Net Cal MediConnect. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea del CCT, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de transición que no es del CCT es atención que no está relacionada con su transición desde un centro o una institución. Para comunicarse con el coordinador de atención, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Programa de Atención Dental de Medi-Cal

Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa de Atención Dental de Medi-Cal. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Exámenes iniciales, limpiezas de rutina y limpiezas profundas (eliminación del sarro y alisamiento radicular).
- Radiografías (rayos X)/imágenes fotográficas, profilaxis y tratamientos con flúor.
- Restauraciones con resina compuesta y amalgama (empastes).
- Coronas procesadas en laboratorio y coronas prefabricadas de acero inoxidable, resina y ventana de resina.
- Tratamiento de conducto en dientes anteriores (frontales) y posteriores (traseros).
- Dentaduras postizas parciales y completas, incluidas las dentaduras postizas inmediatas.
- Ajuste, reparación y reajuste de dentaduras postizas completas.

Los beneficios dentales están disponibles en el sistema de pago por servicio llamado Denti-Cal. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Denti-Cal, comuníquese con la línea del Servicio al Cliente para Beneficiarios de Denti-Cal, al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Atención Dental 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 de Denti-Cal, <http://www.denti-cal.ca.gov>, para obtener más información.

Si vive en los condados de Sacramento o Los Angeles, también puede obtener beneficios dentales a través de un plan dental de atención administrada. Si desea obtener información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Atención de Salud, al 1-844-580-7272 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.

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, en la Sección D de este capítulo, para obtener más información sobre lo que cubre Health Net Cal MediConnect, mientras usted recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su enfermedad terminal:

- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o 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 Parte A o B. Usted no paga estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte 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 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 el coordinador de atención, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

F. Beneficios no cubiertos por Health Net Cal MediConnect, Medicare o 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. Medicare y Medi-Cal no pagarán ninguno de ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que son excluidos solo en determinados casos.

Nosotros 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. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Servicios que no se consideran razonables ni médicamente necesarios, según las normas 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, las páginas 50, 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, nuestro plan pagará la reconstrucción de un seno luego de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto los servicios de podiatría se describen en la Tabla de Beneficios en la Sección D.
- 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.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Servicios de naturoterapeutas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (por sus siglas en inglés, VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA supera el costo compartido conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Aun así usted es responsable de sus montos de costo compartido.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Pruebas y tratamiento ordenados por un tribunal, excepto cuando sean médicamente necesarios y se encuentren dentro de las visitas permitidas por el contrato del plan.
- Tratamiento en un centro de tratamiento residencial. Este beneficio puede estar disponible según el beneficio especializado de salud mental del condado.
- Servicios auxiliares, como rehabilitación vocacional y otros servicios de rehabilitación (este beneficio puede estar disponible según el beneficio especializado de salud mental del condado) y servicios de nutrición.
- Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, salvo que las realice un psicólogo con licencia para ayudar a la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración del diagnóstico, y excluidas específicamente todas las pruebas educativas, académicas y de logros, las evaluaciones psicológicas relacionadas con afecciones médicas o para determinar la buena disposición quirúrgica y los informes automatizados e informatizados.
- Daños a un hospital o a un centro provocados por usted.
- Tratamiento de biorretroalimentación o hipnoterapia.
- Estimulación magnética transcraneal.
- Códigos V, como aparecen en el DSM 5.
- Servicios que Health Net considera experimentales o en investigación.
- Servicios recibidos fuera de su estado primario de residencia, salvo que se trate de servicios de emergencia o los haya autorizado Health Net.
- Terapia electroconvulsiva, según lo autorizado por Health Net.
- Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. Sin embargo, algunos servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas, serán provistos por el programa estatal Denti-Cal. Consulte “Servicios dentales”, en la Tabla de Beneficios, para obtener más información.

Exclusiones relacionadas con los exámenes de la vista y los lentes y accesorios de rutina no cubiertos por Medicare:

- Códigos V, como aparecen en el DSM 5.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y terapia de la vista. *Comuníquese con el plan para obtener más información sobre los descuentos para procedimientos de LASIK.*
- Ortóptica o entrenamiento de la vista y cualquier prueba suplementaria relacionada.
- Terapia refractiva corneal.
- Ortoqueratología (un procedimiento que utiliza lentes de contacto para corregir la forma de la córnea y, así, reducir la miopía).
- Adaptación de lentes de contacto luego del período de adaptación inicial (90 días).
- Lentes y lentes de contacto sin aumento (lentes con corrección refractiva de menos de + 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Anteojos de sol, lentes y accesorios que no requieren receta médica.
- Accesorios para lentes.
- Reemplazo de lentes y marcos rotos y perdidos provistos por este plan, a excepción de los intervalos normales cuando los servicios se encuentran disponibles.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de los ojos (para obtener información sobre los tratamientos quirúrgicos cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en este capítulo).
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental.
- Lentes de contacto sin aumento para cambiar el color de los ojos con fines estéticos.
- Costos de servicios o materiales que exceden las asignaciones de los beneficios del plan.
- Lentes de contacto pintados artísticamente.
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Visitas al consultorio adicionales por patologías oculares a causa de problemas con los lentes de contacto.
- Pólizas de seguro y acuerdos de servicios para lentes de contacto.
- Servicios de la vista o suministros relacionados provistos por cualquier otro proveedor que no sea un proveedor participante.
-
- Los medicamentos que requieren receta médica o los medicamentos de venta libre para pacientes ambulatorios no están cubiertos como parte de los beneficios de atención de la vista. Consulte la Tabla de Beneficios que aparece en este capítulo, o los Capítulos 5 y 6, para obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios conforme a sus beneficios médicos o de medicamentos que requieren receta médica.
- Aparatos para la vista (que no sean anteojos ni lentes de contacto) o aparatos para la vista deficiente, como se indica en la Tabla de Beneficios que aparece anteriormente en este capítulo.
- Lentes y accesorios correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo, y lentes y accesorios de seguridad, a menos que estén específicamente cubiertos por el plan.
- Los servicios o materiales de la vista proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupal que brinde atención de la vista.
- Servicios de la vista cuando termina su cobertura, excepto cuando se entregan los materiales que se solicitaron antes de que termine su cobertura, y usted recibe los servicios en el plazo de los 31 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Los servicios de la vista proporcionados como resultado de cualquier ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental federal, estatal o por las subdivisiones de estos.
- Servicios o materiales de la vista no indicados en el *Manual del Afiliado*.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

Índice

Introducción	103
Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan	103
A. Cómo surtir sus recetas médicas	104
Surta su receta médica en una farmacia de la red	104
Muestre su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica	104
¿Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red?	104
¿Qué sucede si la farmacia que usa abandona la red?	104
¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?	105
¿Puede usar servicios de compra por correo para obtener sus medicamentos?	105
¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	106
¿Puede usar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?	107
¿El plan le hará un reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica?	107
B. Lista de Medicamentos del plan	107
¿Qué incluye la Lista de Medicamentos?	107
¿Cómo puede averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos?	108
¿Qué es lo que no se incluye en la Lista de Medicamentos?	108
¿Qué son los niveles de costo compartido?	109

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



C. Límites de cobertura de algunos medicamentos 109

 ¿Por qué algunos medicamentos tienen límites? 109

 ¿Qué tipos de reglas existen? 110

 ¿Alguna de estas reglas se aplica a sus medicamentos? 110

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto..... 111

 Puede obtener un suministro temporal 111

E. Cambios en la cobertura de medicamentos..... 113

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales..... 114

 Si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan 114

 Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo 114

 Si está en un centro de atención a largo plazo y se inscribe en el plan 115

 Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare 115

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 116

 Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura 116

 Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos 116

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 cubiertos por Medicare Parte D y Medi-Cal. El Capítulo 6 le explica lo que usted debe pagar por estos medicamentos.

Health Net Cal MediConnect también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte 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 Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

En general, cubriremos sus 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. También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica.
3. Su medicamento debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.
 - Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podremos cubrir el medicamento con una excepción. Consulte la página 113, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
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 Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. En el caso de los medicamentos cubiertos por Medi-Cal, esto significa que el uso del medicamento es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad considerables, o aliviar el dolor intenso a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Cómo surtir sus recetas médicas

Surta su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, nuestro plan pagará 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 ir a 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 llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica

Para surtir su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de afiliado** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan nuestra parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos. Usted tendrá que pagar a la farmacia un copago al recoger el medicamento.

Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado al plan en el momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que se comunique 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 podrá 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.
- ➔ Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

¿Qué sucede si desea cambiar a otra farmacia de la red?

Si cambia de farmacias y necesita la repetición de una receta, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta médica nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva.

- ➔ Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios del Afiliado.

¿Qué sucede si la farmacia que usa abandona la red?

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia de la red nueva.

- ➔ Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Qué sucede si necesita 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 tiene problemas para acceder a sus beneficios de 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 una manipulación especial e instrucciones para su utilización.
- ➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado.

¿Puede usar servicios de compra por correo para obtener sus 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 disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como medicamentos “de compra por correo” en la 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.

¿Cómo surto mis recetas médicas por correo?

Para obtener formularios de compra por correo e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, visite nuestro sitio web (www.healthnet.com/calmediconnect) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la parte inferior de esta página) para solicitar ayuda.

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo dentro de 10 días. Si su compra por correo se demora, solicite ayuda al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la parte inferior de esta página).

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Cómo procesa mis recetas médicas el servicio 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 el consultorio de su 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 envíe. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted, 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.

En caso de repeticiones, póngase en contacto con la farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

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. Puede dar su información de contacto cada vez que realiza un pedido.

¿Puede obtener un 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. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el copago puede ser menor.

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 un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la sección anterior.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Puede usar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Generalmente, pagamos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en 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 usted no recibe un suministro de más de 30 días.
 - Si no hay una farmacia de la red que se encuentre cerca de usted y esté abierta.
 - Si necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red que se encuentra cerca de usted.
 - Si necesita un medicamento en caso de emergencia o atención médica de urgencia.
 - Si debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.
- ➔ En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

¿El plan le hará un reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica?

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

- ➔ Si desea obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de Medicamentos del plan

Contamos con una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.

Nosotros 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.

¿Qué incluye la Lista de Medicamentos?

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 que el medicamento de marca, pero cuestan menos.

Cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

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 desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

¿Cómo puede averiguar si un medicamento está 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, www.healthnet.com/calmediconnect. 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.

¿Qué es lo que *no* se incluye en la Lista de Medicamentos?

No cubrimos todos los medicamentos que requieren receta médica. Algunos medicamentos no están en la Lista de Medicamentos porque las leyes no nos permiten 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 detallan 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 desea obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Health Net Cal MediConnect de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios médicos de medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia 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 *al margen de las indicaciones*. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso al margen de las indicaciones.

Además, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare o Medi-Cal, según lo establece la ley.

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- 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.

¿Qué son los niveles de costo compartido?

- Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los 3 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). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento. Los medicamentos del nivel 1 tienen un copago bajo. Son medicamentos genéricos. El copago será de \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago será de \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.
- Los medicamentos del nivel 3 tienen un copago de \$0.00. Son medicamentos que requieren receta médica y de venta libre que están cubiertos por Medi-Cal.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos.

- ➔ El Capítulo 6 le informa sobre el monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

C. Límites de cobertura de algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

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 un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, esperamos que su proveedor utilice el medicamento de costo más bajo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 se haga una excepción. Podemos o no estar de acuerdo con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

➔ Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

¿Qué tipos de reglas existen?

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 está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. En general, no pagamos por los medicamentos de marca cuando está disponible su versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no será eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. El copago puede ser mayor para el medicamento de marca que para el 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 Health Net Cal MediConnect no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, queremos que pruebe medicamentos de costo más bajo (que con frecuencia tienen la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos con un costo más alto. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos solicitarle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces cubriremos 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.

¿Alguna de estas reglas se aplica a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web, www.healthnet.com/calmediconnect.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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

Tratamos que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero, en algunas ocasiones, un medicamento puede no estar cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que estuviera. Por ejemplo:

- **El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan.** El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está. 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, 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.

Puede 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 la solicitud de cobertura del medicamento.

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:

- **Ya estaba en el plan el año pasado y no reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días del año calendario**. Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

- **Es nuevo en nuestro plan y no reside en un centro de atención a largo plazo.**

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. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Ya estaba en el plan el año pasado y reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. El suministro total será de hasta 98 días, según la frecuencia con que se despache. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 98 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).

- **Es nuevo en el plan y reside en un centro de atención a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días a partir de su afiliación al plan**. El suministro total será de hasta 98 días, según la frecuencia con que se despache. Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos surtir varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 98 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).

- **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 de transición de atención a largo plazo mencionado previamente.

- **Está afiliado al plan actualmente y se traslada de un centro de atención a largo plazo u hospital a su hogar, y necesita un suministro de transición de inmediato.**

Cubriremos un suministro para 30 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total del medicamento).

- **Usted está afiliado actualmente al plan y se traslada de su hogar o un hospital a un centro de atención a largo plazo, y necesita un suministro de transición de inmediato.**

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. (En ese caso, permitiremos que se surtan varias recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total del medicamento).

- ➔ 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.**

El plan puede cubrir otro medicamento 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



O BIEN

■ Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que cubramos un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar que cubramos un medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

- ➔ Para obtener más información sobre la solicitud de una excepción, consulte el Capítulo 9.
- ➔ 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. Sin embargo, es probable que se hagan cambios a la Lista de Medicamentos durante el año. Podemos hacer lo siguiente:

- Agregar medicamentos debido a que nuevos medicamentos, incluidos los genéricos, están disponibles, o el gobierno ha aprobado un uso nuevo de un medicamento existente.
- Quitar medicamentos porque se retiran del mercado o porque hay medicamentos menos costosos que tienen la misma eficacia.
- Cambiar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.
- Agregar o quitar un límite a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

Si ninguno de los cambios mencionados a continuación afecta al medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1.º de enero del año siguiente:

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos un nuevo límite al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no debido a que se lo retire del mercado o a que un medicamento genérico nuevo lo haya reemplazado.

Antes del 1.º de enero del año siguiente, generalmente, usted no tendrá ningún aumento en sus pagos ni ningún límite adicional a su uso del medicamento. Los cambios lo afectarán el 1.º de enero del año siguiente.

En los casos que se mencionan a continuación, usted será afectado por el cambio en la cobertura antes del 1.º de enero:

- Si un medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico nuevo, el plan debe enviarle un aviso sobre el cambio con, por lo menos, 60 días de anticipación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Podemos darle una repetición de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Debe hablar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a otro medicamento que el plan cubra.
 - Usted y su proveedor pueden solicitar que continuemos con la cobertura del medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 9.
 - Si un medicamento se retira del mercado debido a que se descubre que no es seguro o por otros motivos, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también estará informado sobre este cambio. El proveedor puede hablar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- ➔ Si hay un cambio en la cobertura de un medicamento que toma, **le enviaremos un aviso**. Normalmente, le avisaremos con, por lo menos, 60 días de anticipación.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

Si está internado en un hospital o centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los 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.

- ➔ Para obtener más información sobre la cobertura de un medicamento y lo que debe pagar, consulte el Capítulo 6.

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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Si está en un centro de atención a largo plazo y se inscribe en el plan

Si necesita un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, cubriremos un suministro temporal durante los primeros 90 días de su afiliación, hasta que le hayamos brindado un suministro de 98 días. El primer suministro será de hasta 31 días, o menos si en su receta médica se establecen menos días. Si es necesario, cubriremos las repeticiones adicionales de la receta durante los primeros 90 días en el plan.

Si ha estado afiliado a nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, cubriremos un suministro de 31 días. También cubriremos un suministro de 31 días si tenemos un límite para la cobertura del medicamento. Si en la receta médica se establecen menos de 31 días, pagaremos la menor cantidad.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. Un medicamento distinto cubierto por el plan puede tener la misma eficacia para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto.

➔ Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

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 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. 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 Parte D.

➔ Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado de enfermos terminales, consulte el Capítulo 4.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

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 los siguientes:

- Errores en los medicamentos.
- 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 a los que podría ser alérgico.

Si observamos un posible problema en la utilización de medicamentos que requieren receta médica, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas, puede que sea elegible para obtener servicios, sin costo alguno, a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (por sus siglas en inglés, MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo 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 medicamento 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Es una buena idea 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 desea 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medi-Cal

Índice

Introducción	119
A. Explicación de Beneficios	120
B. Registro de sus costos de medicamentos	120
1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.	120
2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.	120
3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.	121
4. Controle el informe que le enviamos.	121
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D	121
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	122
Sus opciones de farmacias.	122
Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo	122
¿Cuánto paga?	122
¿Cuándo finaliza la Etapa de cobertura inicial?	124
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica	124
F. Los costos de sus medicamentos si el médico le receta un suministro para menos de un mes ...	125
G. Asistencia de costo compartido por medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida	125
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?	125
¿No está inscrito en el ADAP?	125
¿Ya está inscrito en el ADAP?	126
H. Vacunas	126
Antes de colocarse una vacuna	126
Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte D	126

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Introducción

Este capítulo detalla 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 Parte D.
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal.
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Si usted es elegible para Medi-Cal, recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.

Si desea obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- **Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.** Esto se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - » Qué medicamentos pagamos.
 - » En cuál de los 3 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, www.healthnet.com/calmediconnect. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este Manual del Afiliado.** El Capítulo 5 le informa sobre 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 usar 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Explicación de Beneficios

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los *costos de desembolso*. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan 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 pagan por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que nosotros pagamos.

Cuando obtiene sus medicamentos que requieren receta médica a través del plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la EOB para abreviar. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información sobre el mes.** El informe 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.
- ➔ 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 desea obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la Lista de Medicamentos.

B. 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 solicitarnos que le reembolsemos 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
 - Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.
- ➔ Si desea obtener información sobre cómo solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se consideran 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 cobertura catastrófica. Si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, Health Net Cal MediConnect pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Controle el informe que le enviamos.

Cuando reciba la Explicación de Beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Guarde estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D

Hay dos etapas de pago de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D conforme a Health Net Cal MediConnect. El monto que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o repetir una receta médica. 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 del costo de los medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2018.</p> <p>Usted comienza en esta etapa cuando haya pagado un monto determinado de los costos de desembolso.</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos la parte del costo de sus medicamentos que requieren receta médica cubiertos que nos corresponde, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que está el medicamento y el lugar donde 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 3 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, más alto será el copago. Para obtener información sobre los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte la Lista de Medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 tienen un copago bajo. Son medicamentos genéricos. El copago será de \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.
- Los medicamentos del nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago será de \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.
- Los medicamentos del nivel 3 tienen un copago de <\$0.00>. Son medicamentos que requieren receta médica y de venta libre cubiertos por Medi-Cal.
- 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 para saber cuándo podemos hacerlo.
- ➔ Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

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 cubre hasta 90 días. Tiene, para usted, el mismo costo que un suministro de un mes.

- ➔ Si desea obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

¿Cuánto paga?

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted puede pagar un copago cada vez que surte una receta médica. Si un medicamento cubierto cuesta menos que el monto del 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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:

	Una farmacia de la red (un suministro de hasta 90 días)	El servicio de compra por correo del plan (un suministro de un mes o de hasta 90 días)	Una farmacia de atención a largo plazo de la red (un suministro de hasta 31 días)	Una farmacia fuera de la red (un suministro de hasta 30 días) (la cobertura es limitada en ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información)
Costo compartido del nivel 1 (medicamentos genéricos de la Parte D)	De \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$3.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.
Costo compartido del nivel 2 (medicamentos de marca de la Parte D)	De \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.	De \$0.00 a \$8.35. Esto depende de su nivel de cobertura de Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



	Una farmacia de la red (un suministro de hasta 90 días)	El servicio de compra por correo del plan (un suministro de un mes o de hasta 90 días)	Una farmacia de atención a largo plazo de la red (un suministro de hasta 31 días)	Una farmacia fuera de la red (un suministro de hasta 30 días) (la cobertura es limitada en ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información)
Costo compartido del nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y de venta libre cubiertos por Medi-Cal)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

➔ Si desea obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

¿Cuándo finaliza la Etapa de cobertura inicial?

La Etapa de cobertura inicial finaliza una vez que sus costos totales de desembolso alcancen los \$5,000. Llegado ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubriremos los costos totales de sus medicamentos desde ese momento hasta que finalice el año.

Su Explicación de Beneficios lo ayudará a llevar un registro de cuánto ha pagado por los medicamentos durante el año. Le informaremos si usted alcanza el límite de \$5,000. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted alcanza el límite de desembolso de \$5,000 por sus medicamentos que requieren receta médica, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, el médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos. En ciertas ocasiones, usted le pedirá al médico que le recete menos del suministro necesario para un mes de medicamentos (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que se sabe tiene efectos secundarios graves). Si el médico está de acuerdo, usted no pagará el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

Cuando obtenga un suministro para menos de un mes, el copago se basará en la cantidad de días de medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por el medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que reciba.

- Vea el siguiente ejemplo: Digamos que el copago del medicamento para un suministro de un mes completo (de 30 días) es \$1.20. Esto significa que el monto que paga por día por el medicamento es \$0.04. Si usted recibe un suministro de medicamento de 7 días, su pago será \$0.04 por día multiplicado por 7 días, es decir, un pago total de \$0.28.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva antes de tener que pagar el suministro de un mes entero. Además, a fin de planificar mejor la fecha de repetición para sus recetas y hacer menos viajes a la farmacia, puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un suministro de un mes completo de un medicamento. El monto que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

G. Asistencia de costo compartido por medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido, para medicamentos que requieren receta médica, a través de la Oficina de Sida del Departamento de Salud Pública de California para las personas inscritas en el ADAP.

¿No está inscrito en el ADAP?

Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-844-421-7050. También puede visitar el sitio web del administrador de beneficios de farmacia del ADAP, Ramsell Public HealthRx: <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx>.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Ya está inscrito en el ADAP?

El ADAP puede continuar brindando a sus clientes la asistencia de costo compartido para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que figuran en el Formulario del ADAP. Para garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, infórmele al trabajador local de inscripción en el ADAP cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza. 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.

H. Vacunas

Cubrimos vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte 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.

Antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planee recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo el plan cubre la vacuna e informarle 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 Parte D.

Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte 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. Si desea obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Estas vacunas aparecen en la Lista de Medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago para las vacunas de Medicare Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
 - Usted pagará un copago por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
 - Usted le pagará un copago al médico por la vacuna.
 - El plan pagará 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 Parte D en una farmacia y se la aplican en el consultorio médico.
 - Usted pagará un copago por la vacuna.
 - El plan pagará el costo de la aplicación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Índice

A. Cuándo puede solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	129
B. Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago	131
C. Tomaremos una decisión de cobertura	132
D. Puede presentar una apelación.	132

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Cuándo puede solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya ha 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 saber cómo enviarnos una factura, consulte la página 131.

- 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 por ellos, tiene derecho a que le hagamos 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 desea 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 a nosotros.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicite que le hagamos 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.

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 para 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 que no comprende.

- Debido a que Health Net Cal MediConnect paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

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 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 su 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.

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.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía, o que considera que no se aplica a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si usted no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted, y el médico u otra persona que receta, considera que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico, u 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 deben tener cobertura, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

- ➔ Si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



B. Cómo y dónde debe enviarnos su 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 el formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos servirá para procesar la información de manera más rápida.
- Para obtener una copia del formulario, ingrese en nuestro sitio web (www.healthnet.com/calmediconnect) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicítelo.

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

Dirección para reclamos médicos:

Cal MediConnect:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

**Tenga en cuenta que, a partir del 01/01/2018,
la dirección para reclamos médicos cambiará a la siguiente:**

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

Dirección para reclamos de farmacia:

Health Net Community Solutions, Inc.

Attn: Pharmacy Claims
PO Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de un año calendario (para los reclamos médicos) y en el plazo de tres años (para los reclamos por medicamentos) a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



C. Tomaremos una decisión de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención de salud o su medicamento están cubiertos por nuestro plan. También decidiremos el monto de dinero, 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 explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte 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 desea obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Puede presentar una apelación.

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. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.
 - Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, vaya a la página 164.
 - Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, vaya a la página 178.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Índice

Introducción	134
A. Usted tiene derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades	134
B. Debemos tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento	139
C. Debemos garantizar que reciba un acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos	140
D. Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	141
Cómo protegemos su información médica	141
Tiene derecho a ver sus expedientes médicos	141
E. Debemos brindarle información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos	142
F. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted	143
G. Tiene derecho a abandonar nuestro plan de Cal MediConnect en cualquier momento	143
H. Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	143
Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud	143
Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si pierde la capacidad para tomar decisiones sobre la atención de salud	144
Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones	145
I. Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	145
Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos.....	145
Cómo obtener más información sobre sus derechos	146
J. Usted también tiene responsabilidades como afiliado al plan	146

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Introducción

En este capítulo, se detallan sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan. Nosotros debemos respetar sus derechos.

A. Usted tiene 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. 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 desea que Health Net Cal MediConnect le envíe los materiales para afiliados con regularidad en otros formatos, como braille o letra grande, o en otro idioma que no sea el inglés, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Infórmele al Departamento de Servicios al Afiliado que desea presentar una solicitud permanente para recibir el material en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual sin cargo en los siguientes idiomas, llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m: Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
 - árabe
 - español
 - tagalo
 - vietnamita
- ➔ Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si desea información sobre cómo presentar una queja a Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك عن حقوقك طالما أنك تشارك معنا في خطتنا سنوياً.

➔ للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر من المتحدثين بعدة لغات ممن يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

➔ بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة وأو لغة أخرى.

➔ بإمكانك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-464-3572 (هاتف TTY: 711)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 ص. - 8:00 م:

- اللغة العربية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغالوغية
- اللغة الفيتنامية

➔ إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم شكوى لدى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3572 (هاتف TTY: 711)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 ص. - 8:00 م.

Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de 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 a sus preguntas en varios idiomas.

También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés*, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígale al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.:
 - Árabe
 - Español
 - Tagalo
 - Vietnamita
- ➔ Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea 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. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- ➔ Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- ➔ Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio*. Kung gusto mong hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa alternatibong format o wika.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3572 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:
 - Arabic
 - Espanyol
 - Tagalog
 - Vietnamese
- ➔ Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3572 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc 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 Thành 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 cung cấp cho quý vị tài liệu *bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh*. Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Cho Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.
- ➔ Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3572 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối:
 - Tiếng Ả Rập
 - Tiếng Tây Ban Nha
 - Tiếng Tagalog
 - Tiếng Việt

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3572 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



B. Debemos tratarlo con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento

Debemos obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto.

No discriminamos a los afiliados según los siguientes:

- edad;
- apelaciones;
- comportamiento;
- experiencia siniestral;
- origen étnico;
- prueba de asegurabilidad;
- información genética;
- identidad de género;
- ubicación geográfica dentro del área de servicio;
- estado de salud;
- historial médico;
- capacidad mental;
- discapacidad física o mental;
- nacionalidad;
- raza;
- recepción de atención de salud;
- religión;
- sexo;
- orientación sexual;
- uso de servicios.

Conforme a las reglas de nuestro plan, usted tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de impedimento físico o aislamiento que pudieran ser utilizados como herramienta de extorsión, violencia, castigo, conveniencia o represalia.

No podemos denegarle servicios o sancionarlo por ejercer sus derechos.

- ➔ Para obtener más información, o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr/office/> para obtener más información.
- ➔ Además, puede llamar a 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
Número de teléfono: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
- ➔ Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



C. Debemos garantizar que reciba un acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede obtener una cita de manera oportuna para recibir servicios cubiertos, y su médico considera que usted no puede esperar más para programar una cita, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado de Cal MediConnect de Health Net en el condado de San Diego, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita, y pueden brindarle asistencia. Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria de nuestra red. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con nosotros.
 - » Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a consultar a un ginecólogo u otro especialista en salud femenina sin obtener una remisión. Una *remisión* es una orden por escrito del proveedor de atención primaria.
- 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 de manera oportuna.
- 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 desea obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene derecho a mantener sus proveedores actuales o las autorizaciones de servicios por hasta 12 meses si se cumplen determinados criterios. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios, consulte el Capítulo 1.
- Tiene derecho a dirigir, por sí mismo, la atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El Capítulo 9 le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

- Su información médica personal 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 información médica. Le proporcionamos un aviso escrito que también le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Cómo protegemos su información médica

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su información médica a ninguna persona que no le brinda atención ni paga 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 información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - » Estamos obligados a divulgar información médica por orden de un tribunal.
 - » Estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica y de medicamentos. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales. Si compartimos información con Medi-Cal, también lo haremos conforme a las leyes federales y estatales.

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 información médica con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en el Capítulo 11, Sección I.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



E. Debemos brindarle información sobre el plan, los proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Health Net Cal MediConnect, tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con los servicios de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente llame al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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 para usted. También puede obtener este manual de manera gratuita en los siguientes idiomas:

- árabe;
- español;
- tagalo;
- vietnamita.

También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande. Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.**
- **Información sobre nuestro plan, que incluye 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.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red, que incluye lo siguiente:**
 - » Información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
 - » Información sobre aptitudes de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
 - » Información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red.
- **Información sobre servicios y medicamentos cubiertos, y sobre reglas que usted debe cumplir, que incluye 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.
- **Información sobre el motivo por el cual hay algo que no está cubierto, y qué puede hacer al respecto, que incluye lo siguiente:**
 - » Cómo solicitarnos que presentemos por escrito los motivos por los cuales algo no está cubierto.
 - » Cómo solicitarnos que cambiemos una decisión que hemos tomado.
 - » Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



F. 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 cobra. Si desea obtener más información sobre qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7.

G. Tiene derecho a abandonar nuestro plan de Cal MediConnect en cualquier momento

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea. Puede abandonar el plan en cualquier momento. Si abandona nuestro plan, seguirá participando en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible. 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 Parte D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un plan Medicare Advantage. Health Net Community Solutions, Inc., le seguirá brindando sus beneficios de Medi-Cal, a menos que usted elija un plan diferente disponible en su condado.

- **Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cómo abandonar nuestro plan.**

H. Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

Tiene 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*.

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca 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.
- **Puede obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Puede decir que no.** 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 los medicamentos que requieren receta médica. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento que requiere receta médica, no lo sacaremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Puede 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.
- **Puede solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina “decisión de cobertura”. El Capítulo 9 indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si pierde la capacidad para tomar decisiones sobre la 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.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que desea 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 desea. 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 (por sus siglas en inglés, HICAP), 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 y también 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 tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar una instrucción anticipada o no.

Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado 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

El número de teléfono es 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

I. Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9 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, presentar 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 desea obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato no está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en la página 139, puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios al Afiliado.**
- Puede **llamar al HICAP local.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Puede llamar al **Programa de Defensoría de Cal MediConnect.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Puede llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener información sobre sus derechos de varias maneras:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios al Afiliado**.
- Puede **llamar al HICAP local**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Puede llamar al **Programa de Defensoría de Cal MediConnect**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
 - » Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y Protecciones de Medicare). (Ingrese en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - » O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Usted también tiene responsabilidades como 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 para obtener servicios y medicamentos cubiertos.**
 - » Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - » Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- » 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.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - » Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados a Health Net Cal MediConnect, Medi-Cal paga las primas de la Parte A y la Parte B.
 - » Si tiene un costo compartido 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 medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de recibirlo. Esto será un copago (un monto fijo). En el Capítulo 6 se detalla lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - » Si usted obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto 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. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- **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 servicios, 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 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 informarles a Medicare y Medi-Cal acerca de su nueva dirección, en caso de mudarse. Consulte el Capítulo 2 para encontrar 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

¿Qué contiene este capítulo?

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 en relación con los servicios y el apoyo a largo plazo, que incluyen el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad, los servicios comunitarios para adultos y los centros de enfermería.

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 el 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.** Este capítulo explica las diversas opciones que usted tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Defensoría de Cal MediConnect para que lo asesore sobre su problema.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Índice

¿Qué contiene este capítulo?	148
Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo	148
Sección 1: Introducción	151
Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema.....	151
Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?.....	151
Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda	151
Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y asistencia.....	151
Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios	153
Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Desea presentar una queja?	153
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	153
Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	153
Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	154
Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?	155
Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)	157
Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección	157
Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	158
Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)	160
Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)	164
Sección 5.5: Problemas con pagos	169

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 6: Medicamentos de la Parte D 171

 Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D 171

 Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 173

 Sección 6.3: Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones 174

 Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 175

 Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 178

 Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 180

Sección 7: Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada 181

 Sección 7.1: Información sobre sus derechos de Medicare 182

 Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 183

 Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria 185

 Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para una apelación? 186

Sección 8: 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 189

 Sección 8.1: Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura 189

 Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención 190

 Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención 192

 Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? 193

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 195

 Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare 195

 Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medi-Cal 195

Sección 10: Cómo presentar una queja 196

 Sección 10.1: Quejas internas 198

 Sección 10.2: Quejas externas 199

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 1: Introducción

Sección 1.1: 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.

Sección 1.2: ¿Qué sucede con 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 beneficio” 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.

Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda

Sección 2.1: 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, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda del Programa de Defensoría de Cal MediConnect

Si necesita ayuda, siempre puede comunicarse con el Programa de Defensoría de Cal MediConnect. Este programa puede responder sus preguntas y ayudarlo a resolver sus problemas. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect no se relaciona 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 (TTY: 1-855-847-7914). Los servicios son gratuitos.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Puede obtener ayuda del Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud

También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a resolver sus problemas. El HICAP no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP tiene 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 (<http://www.medicare.gov>).

Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El siguiente párrafo es una divulgación requerida conforme al Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1368.02(b). En este párrafo, el término "queja formal" significa una apelación o un reclamo sobre los servicios de Medi-Cal.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y usar el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Puede usar el proceso de presentación de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que tenga que ver con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja formal que haya permanecido sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (por sus siglas en inglés, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas por pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades de audición y del habla. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, tiene formularios de presentación de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Desea 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, ciertos servicios y apoyo a largo plazo o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y sobre los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica).

Sí.

Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la **Sección 4, “Decisiones de cobertura y apelaciones”**, en la página 153.

No.

Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la **Sección 10: “Cómo presentar una queja”**, en la página 196.

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1: 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 Parte 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 están seguros de 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, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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, podemos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted necesita no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

Sección 4.2: 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Llame al **Programa de Defensoría de Cal MediConnect** para obtener ayuda gratuita. Este programa ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect a resolver problemas relacionados 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. El HICAP 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 (por sus siglas en inglés, DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es la entidad responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con apelaciones y quejas relacionadas con la facturación o los servicios 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 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 usted desea 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. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare, <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web, https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **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 desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un Representante.

Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo 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 5, en la página 160**, le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - No obtiene la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
 - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* marcados como “NT” no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6, en la página 171, para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.
 - Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitar que le realicemos 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 7 y 8 en las páginas 181 y 189.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **La Sección 6, en la página 171**, le informa sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos).
 - Desea solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Desea 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.
 - Desea 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 7, en la página 181**, le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico le da el alta demasiado pronto.
- **La Sección 8, en la página 189**, 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 utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa de Defensoría de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con los beneficios médicos y de salud del comportamiento, y los servicios y el apoyo a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la Lista de Medicamentos Cubiertos marcados como “NT” no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte 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 el apoyo a largo plazo que necesita, pero no los está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 158, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea proporcionarle, y usted y su médico consideran que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Vaya a la Sección 5.3, en la página 160, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 160, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitar que nosotros le hagamos un reembolso por esos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Vaya a la Sección 5.5, en la página 169, para obtener información sobre las solicitudes de pago al plan.

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. Vaya a la Sección 5.3, en la página 160, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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 7 u 8, en las páginas 181 y 189, para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos y de salud del comportamiento, o determinados servicios y apoyo a largo plazo (servicios MSSP, CBAS o NF)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escribanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

- Puede enviarnos un fax al 1-800-281-2999

Puede escribirnos a la siguiente dirección:
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

En general, puede demorar hasta 14 días calendario a partir del momento de su solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 14 días calendario, puede presentar una apelación.

- ➔ A veces, necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos 14 días calendario más. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.

¿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**.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Puede llamarnos al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede enviarnos un fax al 1-800-281-2999. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- El médico o su representante también pueden llamarnos.

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 la atención o de un artículo que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la 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 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 de 14 días calendario.
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - La carta también le informará cómo presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 196.

Si la decisión de cobertura es *sí*, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Lo aprobarán (autorización previa) para obtener el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o de 72 horas (para una decisión de cobertura rápida), a partir del momento de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura antes de que finalice el período extendido.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 más información).

Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte 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, puede presentar una apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1.

En casos especiales, si no desea presentar primero una apelación ante el plan por un servicio de Medi-Cal, puede solicitar una revisión médica independiente. Consulte la página 164 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. Este programa no se relaciona 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 verificar 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.

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 puede 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 163).
 - Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso (consulte la página 166).
- ➔ Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- 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.
 - Puede enviarnos su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422
 - Puede enviar su solicitud en línea, en https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action.
 - También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Le enviaremos una carta en el plazo de los 5 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la recibimos.

El término legal para “decisión de apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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 un formulario de Designación de un Representante. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre.

Para obtener este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o visite el sitio web de Medicare, <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, o nuestro sitio web, https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action.

- ➔ Si 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.

- ➔ **NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” en la página 164 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

¿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 decimos que **rechazamos** 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 30 días calendario desde la recepción de su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo.
 - Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su 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 10 en la página 196.
 - Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), 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 su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 164.
- ➔ **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.
- ➔ **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, la carta le 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 5.4 en la página 164.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su 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 10 en la página 196.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), 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 su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 164.
- ➔ **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, la carta le 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 5.4 en la página 164.

¿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. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podemos recuperar el costo del servicio o artículo que le brindamos mientras la apelación estaba pendiente.

Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte 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. Esta carta le informará si el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Medi-Cal.
- 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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 el plan.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

Hay dos formas de presentar una apelación de nivel 2 para servicios y artículos de Medi-Cal: 1) una revisión médica independiente; o 2) una audiencia ante el estado.

1) Revisión médica independiente

Puede solicitar una revisión médica independiente (por sus siglas en inglés, IMR) al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso que realizan médicos ajenos a nuestro plan. Si la IMR se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. Usted no paga ningún costo por una IMR.

Puede solicitar una IMR si nuestro plan:

- Rechaza, cambia o demora un servicio o un tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una enfermedad grave.
- No pagará servicios de emergencia o de urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No resolvió 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.

Puede solicitar una IMR si ya pidió una audiencia ante el estado, pero no puede hacerlo si la audiencia ante el estado fue por el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 160 para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarle una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

- ➔ Si su tratamiento fue rechazado por ser experimental o de investigación, no necesita participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.
- ➔ Si el problema es urgente y representa una amenaza inmediata y grave para su salud, puede llevar su caso inmediatamente al DMHC. En casos extraordinarios e imperiosos, el DMHC puede eximirlo del requisito de seguir nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR en un plazo de 6 meses** después de que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de los 6 meses si determina que hubo circunstancias que le impidieron enviar la solicitud a tiempo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Para solicitar una IMR haga lo siguiente:

- Complete el Formulario de Revisión Médica Independiente/Queja disponible en <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>. O llame al Centro de Ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que rechazamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos en lugar de los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Complete el Formulario de Asistente Autorizado si alguien lo está ayudando con la IMR. Puede obtener el formulario en [http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF English.pdf](http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF%20English.pdf). O llame al Centro de Ayuda del DMHC, al 1-888-466-2219. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el formulario y cualquier documento adjunto por correo o fax a la siguiente dirección:

Help Center
California Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725.
FAX: 916-255-5241

Para casos que no son urgentes sobre servicios de Medi-Cal, recibirá una decisión de IMR del DMHC en un plazo de 30 días después de la recepción de su solicitud y los documentos que la respaldan. Para casos urgentes que representan un riesgo inminente y grave para su salud, recibirá la decisión de IMR en un plazo de 3 a 7 días.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede solicitar una audiencia ante el estado.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso mediante un proceso de presentación de quejas regular del consumidor.

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 de “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 desea continuar recibiendo dicho servicio mientras la audiencia ante el estado se encuentra pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?” en la página 168 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Hay dos formas 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 del condado que tomó la decisión en su contra, los programas de ayuda participantes y un motivo detallado de por qué desea una audiencia. Luego puede enviar la solicitud de las siguientes maneras:
 - Al Departamento de Bienestar del condado, a la dirección que figura en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California, a la siguiente dirección:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 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 TDD deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar 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 Entidad de Revisión Independiente (por sus siglas en inglés, 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.

Puede solicitar una copia de su expediente llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

- ➔ 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. 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.
- ➔ 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- » 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.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si el problema es acerca de un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios para el servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente.

Si el problema es acerca de un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal y usted solicita una audiencia ante el estado, sus beneficios de Medi-Cal para el 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 sus beneficios:

- Dentro de los 10 días desde la fecha del envío de nuestro aviso, donde 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 dicho plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo en disputa hasta que se tome una decisión en la audiencia. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra medida, podemos recuperar el costo del servicio o artículo que le brindamos mientras la apelación estaba pendiente.

¿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 le explicará la decisión de los médicos que revisaron su caso.

- ➔ Si la revisión médica independiente acepta en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle el servicio o el tratamiento.
- ➔ Si la revisión médica independiente rechaza en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Aún puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 166 para obtener información sobre la solicitud de una audiencia ante el estado.

Si su apelación de nivel 2 fuera una audiencia ante el estado, el Departamento de Servicios Sociales de California le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- ➔ Si la audiencia ante el estado **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos cumplir con la decisión. Debemos completar las acciones descritas en un plazo de 30 días calendario desde la fecha de recepción de la copia de la decisión.
- ➔ Si la audiencia ante el estado **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Podremos interrumpir cualquier ayuda paga pendiente que esté recibiendo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Si su apelación de nivel 2 va a la IRE de Medicare, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- ➔ 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 **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 es una revisión médica independiente, usted puede solicitar una audiencia ante el estado. Consulte la página 166 para obtener información sobre la solicitud de una audiencia ante el estado.

Si su apelación de nivel 2 es una audiencia ante el estado, usted puede solicitar una nueva audiencia en el plazo de 30 días desde la recepción de 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 solicitar una IMR si ya solicitó una audiencia ante el estado por el mismo tema.

Si su apelación de nivel 2 va a la IRE de Medicare, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea 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 9, en la página 195, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Sección 5.5: 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 a usted 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 recibe una factura con un monto superior al de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para más información, lea el Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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, usted no debe pagarla. 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 es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.

O si aún no ha pagado el servicio o el 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 5.3 en la página 160. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 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 **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 explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la Sección 9, en la página 195, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- ➔ Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medi-Cal, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4 en la página 164).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* incluye algunos medicamentos marcados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la **Sección 5**, en la página 157.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

Sí. A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
 - » Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan.
 - » 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



El término legal para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

¿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>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 173. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 174 y 175.</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>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 175.</p>	<p>¿Desea solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 175.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo desea?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección 6.5 en la página 178.</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, 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. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos).
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 2, para medicamentos de marca no preferidos, o del nivel 1, para medicamentos genéricos. Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.
2. Eliminar 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).
 - 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 anular una restricción a su favor, todavía puede solicitar una excepción al monto de copago que debe pagar para obtener 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 6.3: 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 solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5, en la página 178, 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. 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 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Usted, el médico (u otra persona que receta) u otra persona 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 4, en la página 153, 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 desea solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7 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.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o 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 Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración que respalda la solicitud 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

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.
 - » 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 10 en la página 196.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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, 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 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**. La carta también 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, 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**. La carta también 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**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para empezar con su apelación, usted, un 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 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Si desea 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.

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 puede 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 Parte D es “redeterminación” del plan.

- 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
 - » Si lo desea, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 6.4, en la página 175.

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 que le 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. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le ofrecemos una decisión en un plazo de 7 días calendario, 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:
- » 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- » 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 como apelar nuestra decisión.

Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte 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 desea 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. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso, llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- 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.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte 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 darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
 - » 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 desea 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.

Sección 7: 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

Sección 7.1: 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. 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.

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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

También puede ver el aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea 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.

Para solicitar 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 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 7.4 en la página 186.
- ➔ Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no considera su solicitud de continuar con la hospitalización, usted puede solicitar una revisión médica independiente al DMHC de California. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede llamar al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP), 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 les 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 desea.
- 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 se denomina *Aviso Detallado del Alta*. Puede obtener un ejemplo del aviso, llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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. O bien, puede ver un ejemplo de aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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.

Sección 7.3: 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 denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.

¿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. Deberemos 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 desea 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 solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo 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, 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Puede solicitar 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, entonces **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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 10, en la página 196, le informa 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 desea 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 solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con su hospitalización. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo 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.

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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 8: 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 (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o 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 su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1: 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*.
- El aviso escrito le indicará la fecha en la que interrumiremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le indicará 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 su cobertura, interrumiremos el pago.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Sección 8.2: 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 10, en la página 196, 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 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. O llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud en San Diego, al (858) 565-8772 o al (858) 565-1392 (TTY: 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos)).

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 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?

Solicítele que realicen una “apelación rápida”. Esta una revisión independiente de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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 8.4 en la página 193.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no considera su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención de salud, usted puede solicitar una revisión médica independiente al DMHC de California. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo 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, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

¿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 desea.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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 sea médicamente necesario.

¿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.

Sección 8.3: 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 su cobertura para la atención haya finalizado, usted 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.

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.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



¿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 desea 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 solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con la cobertura de sus servicios de atención de salud. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo 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.

Sección 8.4: ¿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.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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 solicitar una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

- 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- 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.
 - » 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 10, en la página 196, le informa 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.

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.

- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **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.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si desea 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 solicitar una revisión médica independiente al DMHC para continuar con la cobertura de sus servicios de atención de salud. Vaya a la Sección 5.4, en la página 164, para obtener información sobre cómo 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.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

Sección 9.1: 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 desea continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. Si desea que un juez 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 vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión este juez, 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.

Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medi-Cal

También tiene más derechos de apelación si su apelación está relacionada con 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, podrá solicitar una nueva audiencia o buscar una revisión judicial.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Para solicitar una nueva audiencia, envíe una solicitud por escrito (una carta) a la siguiente dirección:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Esta carta debe ser enviada en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su decisión. Este plazo puede extenderse hasta 180 días si tiene un buen motivo para haber enviado la carta tarde.

En su solicitud de una nueva audiencia, especifique la fecha en la que recibió la decisión y por qué debería otorgársele una nueva audiencia. Si desea presentar pruebas adicionales, descríbalas y explique por qué no fueron presentadas antes y cómo modificarían la decisión. Puede comunicarse con Servicios Legales para obtener asistencia.

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 su decisión. Presente la petición en el tribunal superior del condado que se indica en su decisión. Puede presentar esta petición sin solicitar una nueva audiencia. No se cobran aranceles de presentación de documentos. Es posible que tenga derecho a honorarios y costos razonables del abogado si el tribunal falla a su favor.

Si se realizó una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión tomada, puede buscar una revisión judicial, pero no puede solicitar otra audiencia.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿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.

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 más información, lea la Sección 10.2 en la página 199.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Quejas sobre un servicio al cliente poco eficaz

- 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.

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 Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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.

Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que desea realizar 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 sobre 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, le 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 determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Este proceso se denomina procedimiento de “quejas rápidas”. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de Medicare Parte D.
- Rechazamos su solicitud de una revisión rápida de una apelación de servicios o de medicamentos de Medicare Parte D rechazados.
- Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su apelación por atención médica rechazada.
- Si tiene un problema urgente que represente un riesgo inmediato y grave para su salud.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- Las quejas relacionadas con Medicare Parte D deben presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que desea realizar la queja. Todos los demás tipos de quejas deben presentarse ante nosotros o ante el proveedor en un plazo de 180 días calendario después del día del incidente o de la medida que causó su disconformidad.
- Si no podemos resolver su queja el siguiente día hábil, le enviaremos una carta en el plazo de los 5 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la recibimos.

Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos una “queja rápida” automáticamente 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.

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 en un plazo de 30 días calendario debido a que necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le informaremos sobre el estado actual y el tiempo estimado hasta que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos una “queja rápida” automáticamente y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, le daremos una “queja rápida” automáticamente 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.

Sección 10.2: Quejas externas

Puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en <https://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 tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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/TDD 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 posición neutral para garantizar que nuestros afiliados reciban todos los servicios cubiertos que nosotros debemos brindar. El Programa de Defensoría de Cal MediConnect no se relaciona 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.

Puede presentar su queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (por sus siglas en inglés, DMHC) es la entidad responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para recibir asistencia con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja por una emergencia, si no está de acuerdo con la decisión de Health Net Cal MediConnect sobre su queja o si Health Net Cal MediConnect no resolvió su queja después de 30 días calendario.

A continuación, se presentan dos maneras de recibir asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-HMO-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 (<http://www.hmohelp.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 se lo trató de forma imparcial. 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 TDD deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr/office/> 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
Número de teléfono: 1-800-368-1019
FAX: 1-202-619-3818
Línea TDD: 1-800-537-7697

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Es posible que también tenga derechos según 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 recibir ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones:

- 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 bien, puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos 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.

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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect

Índice

Introducción	203
A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect?	203
B. ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect?	204
C. ¿Cómo se puede afiliar a un plan Cal MediConnect diferente?	204
D. Si abandona nuestro plan y no desea un plan diferente de Cal MediConnect, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal?	205
Cómo obtendrá servicios de Medicare	205
Cómo obtendrá servicios de Medi-Cal	207
E. Hasta que finalice su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan	208
F. Su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect se cancelará en determinadas situaciones	208
G. No podemos solicitarle que abandone nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud	209
H. Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan	209
I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación al plan?	210

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect y sus opciones de cobertura de la salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, seguirá participando en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible.

A. ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect?

Puede cancelar su afiliación a Health Net Cal MediConnect en cualquier momento. 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.

Cuando usted cancele su afiliación a nuestro plan, seguirá inscrito en Health Net Community Solutions, Inc., para sus servicios de Medi-Cal, a menos que usted elija un plan de Cal MediConnect diferente o un plan “solo Medi-Cal” diferente. También puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando cancela su afiliación a nuestro plan.

- ➔ Para obtener información sobre las opciones de Medicare disponibles cuando abandona nuestro plan Cal MediConnect, consulte el cuadro que aparece en la página 205.
- ➔ Para obtener información sobre sus servicios de Medi-Cal disponibles cuando abandona nuestro plan Cal MediConnect, consulte la página 207.

Usted puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación de las siguientes formas:

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Llame 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/TDD deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame al Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud de California (por sus siglas en inglés, HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite <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 del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



B. ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect?

Si decide cancelar su afiliación, infórmeles a Medi-Cal o a Medicare que desea 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 5:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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 obtener los servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 205.

C. ¿Cómo se puede afiliarse a un plan Cal MediConnect diferente?

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente.

Para inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente 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 5:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-430-7077. Infórmeles que desea abandonar Health Net Cal MediConnect y afiliarse a un plan Cal MediConnect diferente. Si no está seguro de a qué plan desea 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



D. Si abandona nuestro plan y no desea un plan diferente de Cal MediConnect, ¿cómo puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal?

Si no desea inscribirse en un plan Cal MediConnect diferente luego de abandonar Health Net Cal MediConnect, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

Cómo obtendrá 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>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, los Programas Integrales de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare solamente.</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"> ▪ 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 más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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">▪ 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 más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: 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 desea hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si recibe cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato u otra fuente. 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 más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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"> ▪ 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 más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Health Net Cal MediConnect cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
---	--

Cómo obtendrá servicios de Medi-Cal

Si abandona nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo los servicios de Medi-Cal a través de Health Net Community Solutions, Inc., a menos que elija un plan diferente para que le proporcione los servicios de Medi-Cal. Entre sus servicios de Medi-Cal se incluyen la mayoría de los servicios y el apoyo a largo plazo y la atención de salud del comportamiento.

Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informar a Opciones de Atención de Salud que solicita la cancelación de su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect.

- Llame 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/TDD deben llamar al 1-800-430-7077. Infórmeles que desea abandonar Health Net Cal MediConnect y afiliarse a un plan Medi-Cal diferente. Si no está seguro de a qué plan desea 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



E. Hasta que finalice su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect, seguirá recibiendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

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 página 204. 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, 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. Su afiliación a nuestro plan Cal MediConnect se cancelará en determinadas situaciones

Estos son los casos en los que Health Net Cal MediConnect debe cancelar su afiliación al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- Si 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 cancelarán su afiliación al plan Health Net Cal MediConnect, y usted regresará a Medicare Original. Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, los CMS lo inscribirán automáticamente en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si posteriormente vuelve a calificar para Medi-Cal y desea 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/TDD deben llamar al 1-800-430-7077. Infórmeles que desea 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 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 notificarán si usted no es elegible para permanecer afiliado según esta condición. Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Si ya no califica para Medi-Cal o cambiaron sus circunstancias y ya no es elegible para Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios de Health Net Cal MediConnect durante un período adicional de dos meses. Este período adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si considera que todavía es elegible. Le enviaremos una carta sobre el cambio en su elegibilidad, en la que le indicaremos cómo corregir su información de elegibilidad.

- Para continuar siendo afiliado a Health Net Cal MediConnect, debe calificar nuevamente antes del último día del período de dos meses.
- Si no califica antes de que finalice el 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 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.

G. No podemos solicitarle que abandone nuestro plan Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con la 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 llamarnos las 24 horas del día, los siete días de la semana.

- También debe llamar 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. Tiene 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 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo cancelar su afiliación al plan?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, puede hacer lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- Llame 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/TDD deben llamar al 1-800-430-7077.
- 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 más información o para encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite <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 (TTY: 1-855-847-7914).
- Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 11: Avisos legales

Índice

A. Aviso sobre las leyes	212
B. Aviso de No Discriminación	212
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y sobre Medi-Cal como pagador en última instancia	213
D. Aviso de Acción	213
E. Responsabilidad de terceros	213
F. Contratistas independientes	214
G. Fraude al plan de atención de salud	214
H. Circunstancias ajenas al control de Health Net	214
I. Aviso de Prácticas de Privacidad	215

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



A. Aviso sobre las 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. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de No Discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medi-Cal deben cumplir la ley. No puede ser tratado de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, credo, origen étnico, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Si considera que no se lo trató de forma imparcial por alguno de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medi-Cal deben cumplir la ley. No puede ser tratado de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, credo, origen étnico, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Health Net Cal MediConnect ofrece lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- 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 1-855-464-3572 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si usted considera que Health Net Cal MediConnect no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net Cal MediConnect está disponible para ayudarlo.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a 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 o por teléfono: 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).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y sobre Medi-Cal como pagador en última instancia

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.

Cal MediConnect cumple con las leyes y regulaciones estatales y federales sobre la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención de salud para los beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador en última instancia.

D. Aviso de Acción

Debemos utilizar el formulario de Aviso de Acción (por sus siglas en inglés, NOA) para notificarle sobre un rechazo, una terminación, un retraso o una modificación de sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación ante nuestro plan. Para los servicios de Medi-Cal, puede solicitar una audiencia ante el estado al mismo tiempo. Es posible que deba presentar una apelación ante nuestro plan antes de poder solicitar una revisión médica independiente, excepto en ciertos casos. No tendrá que pagar ninguno de estos procedimientos.

E. Responsabilidad de terceros

Health Net no presentará ningún reclamo para recuperar el valor de los servicios cubiertos, prestados a un afiliado cuando la recuperación podría derivar de una acción que involucre la responsabilidad civil extracontractual de un tercero o el seguro de responsabilidad civil por accidentes, incluida la adjudicación de una indemnización por accidentes y enfermedades laborales y la cobertura para conductores no asegurados. Sin embargo, Health Net le avisará al DHCS sobre estos posibles casos y ayudará al DHCS a ejercer el derecho estatal de reembolsar las recuperaciones. Los afiliados están obligados a ayudar a Health Net y al DHCS en este sentido.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



F. Contratistas independientes

La relación entre Health Net y cada proveedor participante es una relación de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Health Net, y ni Health Net ni ningún empleado de Health Net es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso, Health Net será responsable de negligencia, actos ilícitos u omisiones de cualquier médico u otro proveedor de atención de salud participante. Los médicos participantes, y no Health Net, mantienen la relación médico-paciente con el afiliado. Health Net no es un proveedor de atención de salud.

G. 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 llevarse a juicio. Cualquier persona que deliberadamente y a sabiendas se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al seguro.

Si tiene inquietudes con respecto a cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de Beneficios, o si sabe o sospecha que existe alguna actividad ilegal, llame a la línea directa para denunciar fraudes gratuita de nuestro plan, al 1-800-977-3565. La línea directa para denunciar fraudes atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales. La línea directa para denunciar fraudes atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

H. Circunstancias ajenas al control de Health Net

En la medida en que un desastre natural, una guerra, una serie de disturbios, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción parcial o completa de instalaciones, una explosión atómica o cualquier otra forma de liberación de energía nuclear, una discapacidad de personal importante del grupo médico o un acontecimiento similar, ajenos al control de Health Net, ocasionen que los centros o el personal de Health Net no se encuentren disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios conforme a este *Manual del Afiliado*, la obligación de Health Net de proporcionar tales 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 de sus centros o su personal.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



I. 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: 14.08.2017

Este aviso le informa sobre cómo Health Net** (al que se hace referencia como “nosotros” o “el plan”) puede reunir, utilizar y divulgar su información médica protegida, y sobre sus derechos relacionados con esa información. La “información médica protegida” 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 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 Life Insurance Company, Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC, y Health Net Community Solutions, Inc. Rev. 05/06/2017

Deberes de las entidades cubiertas:

Health Net es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996 (por sus siglas en inglés, HIPAA). Las leyes exigen que Health Net mantenga la privacidad de su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI), le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, acepte los términos del aviso vigente, y le informe cualquier violación a la confidencialidad de esa información.

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.

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 rápidamente este aviso siempre que haya un cambio importante en los usos o divulgaciones, sus derechos, nuestros deberes legales u otras prácticas de privacidad descritas en este aviso. Todos los avisos revisados estarán disponibles en el sitio web de Health Net.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 tecnologías para evitar que las personas equivocadas tengan acceso 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 usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le esté realizando un tratamiento, a fin de coordinar su tratamiento entre los proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que se le brinden. 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 procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura para los reclamos, emitir la facturación de la prima, revisar la necesidad médica de los servicios y realizar la revisión de la utilización de los reclamos.
- **Operaciones de atención de salud.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir prestar servicios al cliente, responder quejas y apelaciones, realizar la administración de casos y coordinar la atención, realizar la revisión médica de reclamos, y otras actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad. Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales con quienes tenemos acuerdos escritos que contienen términos para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a reglas federales de privacidad que tenga relación con usted por sus operaciones de atención de salud relacionadas con las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, que revise la competencia o antecedentes de los profesionales de la salud, la administración de casos y la coordinación de la atención, o detecte o evite fraudes y abusos en atención de salud.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Divulgaciones al plan de salud grupal/patrocinador del plan.** Además, podemos divulgar su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le proporciona un programa de atención de salud, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones respecto de la utilización o divulgación de la información médica protegida (por ejemplo, si acepta no utilizar la información médica protegida para tomar decisiones o medidas relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o necesarias de la PHI:

- **Actividades de recaudación.** Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades de recaudación, por ejemplo, para recaudar dinero para una fundación benéfica o una entidad similar para 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.
- **Propósito de contratación.** Podemos usar o divulgar su PHI para los propósitos de contratación, como tomar una determinación sobre una 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 cita o alternativas para el tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para un tratamiento o atención médica con nosotros, o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información para dejar de fumar o perder peso.
- **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 estén limitados 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.
- **Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios dentro de su jurisdicción.
- **Víctimas de maltrato y abandono.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental estatal o federal, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios para la protección autorizadas por la ley a recibir esos informes si tenemos sospechas razonables de maltrato, abandono o violencia familiar.
- **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos, así como también en respuesta a la orden de un tribunal judicial o administrativo, a una citación, notificación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes legales similares.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **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 una orden judicial, una orden de un tribunal, una citación o notificación emitidas por un funcionario judicial, o una citación de un gran jurado. Además, podemos divulgar la PHI pertinente a fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.
- **Forenses, examinadores médicos 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 o entidades comprometidas con la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la salud y la seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave para 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 los funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y seguridad nacional, al Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica y para servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.
- **Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.
- **Situaciones de emergencia.** En situaciones de emergencia o si usted está incapacitado 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.
- **Presos.** Si usted está preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI al correccional o al funcionario, siempre que esa información sea necesaria para que la institución le brinde atención de salud, para proteger su salud o seguridad, la de otros o la del correccional.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado y se hayan tomado ciertas medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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 autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que recibimos una indemnización por la divulgación de la información de esta manera.

Comercialización. Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI 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, un pago o una función de operación de atención de salud.

Derechos de las personas

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si desea 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.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento. Debe hacerlo 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 participan 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 es necesario que estemos de acuerdo con 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.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI a través de medios alternativos o a lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted desea. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



- **Derecho a leer o a obtener copias de su PHI.** Usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer o a obtener copias de la PHI que se encuentra en un conjunto de expedientes designados. 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 modifiquemos o cambiemos su PHI si considera 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 desea 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 todos los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI dentro de 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 recibir una copia de este aviso.** Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.
- **Derecho a presentar una queja.** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o que no hemos respetado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use 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.

También 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, llame al 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.**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	Teléfono:	1-800-522-0088
Attn: Privacy Official	Fax:	1-818-676-8314
P.O. Box 9103	Correo electrónico:	Privacy@healthnet.com
Van Nuys, CA 91409		

Afiliados a Medi-Cal únicamente: si consideran que no se ha protegido su privacidad y desean presentar una queja, pueden hacerlo llamando o escribiendo 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

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU **INFORMACIÓN FINANCIERA** Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, “información financiera personal” es la información de una persona inscrita o 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.

La información que reunimos: Reunimos información financiera personal sobre usted a través de las siguientes fuentes:

- Información sobre usted que obtenemos mediante solicitudes y otros formularios, como su nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social.
- Información sobre las transacciones que usted realiza con nosotros, nuestros socios u otras personas, como el pago de las primas o el historial de reclamos.
- Información contenida en los informes de consumidores.

Divulgación de información: No divulgamos información financiera personal a terceros sobre las personas inscritas actuales o anteriores, salvo que lo requiera o lo permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, si la ley lo permite, divulgar cualquier información financiera personal que recopilamos sobre usted sin su autorización a los siguientes tipos de instituciones:

- Nuestros socios corporativos, como otras empresas aseguradoras.
- Compañías no asociadas para propósitos comerciales cotidianos, como el procesamiento de sus transacciones, el mantenimiento de sus cuentas o el cumplimiento de órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Compañías no asociadas que prestan servicios para nosotros, por ejemplo, el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad: Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con las normas 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 seguros, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso:

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso:

Llame al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o llame a Health Net, al 1-800-522-0088.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

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: usted 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 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. El Capítulo 9 explica 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 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 tarjeta de identificación de afiliado para 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.

Servicios opcionales del plan de atención (Servicios CPO): servicios adicionales que son opcionales en su plan de atención personalizado. Estos servicios no pretenden reemplazar los servicios y el apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir a través de Medi-Cal.

Plan de atención: consulte “Plan de atención personalizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga la totalidad de los costos de sus medicamentos hasta fin de año. Usted comienza esta etapa una vez que haya alcanzado el límite de \$5,000 para sus medicamentos que requieren receta médica.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Servicios comunitarios para adultos (por sus siglas en inglés, CBAS): un programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para cuidadores y familias, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para las personas inscritas elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja: una declaración verbal o por escrito que manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre 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 que proporciona, 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 ciertos 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 usted debe pagar al obtener ciertos 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 está en uno de los tres niveles de costo compartido.

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. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

Tasa de costo compartido diario: una tasa que puede aplicarse cuando su médico le recete una cantidad menor que el suministro de un mes completo de ciertos medicamentos para usted, y usted deba pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días correspondiente al suministro de un mes. Por ejemplo, si su copago para el suministro de un medicamento de un mes es de \$1.20 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario será de \$0.04 por día. Esto significa que usted paga \$0.04 por el suministro de cada día cuando surte una receta médica.

Departamento de Servicios de Atención Médica (por sus siglas en inglés, DHCS): 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC): el departamento estatal en California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas en Cal MediConnect con apelaciones y quejas relacionadas con el servicio de Medi-Cal. El DMHC también realiza 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).

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para la diabetes, 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.

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: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D. 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 activos 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.

Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP): un programa que proporciona información y orientación gratuitos y objetivos sobre Medicare. El Capítulo 2 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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. 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 para 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 Health Net Cal MediConnect 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 (por sus siglas en inglés, IMR): 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 está relacionado con un servicio de Medi-Cal, puede solicitarle una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso que realizan médicos ajenos a nuestro plan. Si la IMR se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no paga ningún costo por una IMR.

Plan de atención personalizado (por sus siglas en inglés, ICP, o plan de atención): un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. El plan 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 Parte D alcancen \$5,000. Se incluyen los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por ingresos bajos. Usted comienza esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de los medicamentos, 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 es admitido formalmente, todavía se lo puede considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permanece en el hospital durante la noche.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
Si desea obtener más información, visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Equipo interdisciplinario de atención (por sus siglas en inglés, ICT, o equipo de atención):

un equipo de atención que incluye médicos, enfermeros, asesores y 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.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica 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 (por sus siglas en inglés, LTSS): 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 el Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad, los servicios comunitarios para adultos y los servicios en centros de enfermería o centros de atención subaguda.

Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Medi-Cal: nombre del programa Medicaid en California. Medi-Cal es administrado por el estado y está financiado por el gobierno estatal y federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Planes Medi-Cal: los planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare se brindan por separado.

Grupo médico: un grupo de médicos de atención primaria, especialistas y otros proveedores de atención de salud que trabajan en conjunto y tienen contrato con nuestro plan.

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. Los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de práctica médica aceptadas. Medicamento necesario se refiere a todos los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad o una discapacidad considerables, o aliviar el dolor intenso a través del diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, dolencia o lesión.

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). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de la salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Persona inscrita en Medicare y Medi-Cal (doble elegibilidad): una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Una persona inscrita en Medicare y Medi-Cal también se denomina “beneficiario con doble elegibilidad”.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios.

Medicare Parte 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 Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte 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 Parte D: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Medi-Cal. Health Net Cal MediConnect incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Medi-Cal que califica 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.

Manual del Afiliado y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otros documentos de cobertura opcional seleccionados, que explica 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 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Modelo de atención: un modelo de atención consta de muchas partes diferentes. Le aporta estructura a la administración de la atención. Orienta al equipo de atención de salud sobre la atención requerida para satisfacer sus necesidades de salud. Un modelo de atención está compuesto por integrantes del equipo de atención de salud. También comprende herramientas para ayudar a su equipo. Algunas de estas herramientas son las encuestas. Estas encuestas le hacen preguntas sobre su salud. Sus respuestas ayudan a su equipo y a usted a confeccionar su propio plan de atención con sus metas. Estas metas lo ayudarán a alcanzar su mejor estado de salud. Usted y el equipo también revisan su progreso hacia las metas.

Programa de Servicios Multifunción para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, MSSP): un programa específico de California que brinda servicios comunitarios y en el hogar (por sus siglas en inglés, HCBS) para personas elegibles para Medi-Cal que tienen 65 años o más y alguna discapacidad, como una alternativa a la internación en un centro de enfermería.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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, enfermeras 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 usar 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 que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Defensoría: una oficina estatal que lo ayuda en caso de tener problemas con nuestro plan. Los servicios de defensoría son gratuitos.

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. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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 consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos. Si no desea 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. El Capítulo 3 explica el uso de 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.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita 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 consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: la aprobación necesaria antes de poder recibir determinados servicios o medicamentos. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa del plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están descritos en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Planes del Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE): un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal para las personas mayores de 55 años que necesitan un nivel de atención más alto 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.

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 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.

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 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.

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



Parte del costo: la parte de los costos de atención de salud que usted puede 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 enfermeras registradas.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Solicitud permanente: una solicitud presentada por usted para recibir los materiales informativos para los afiliados en un formato (como letra grande o PDF accesible) o un idioma en particular, sin otras solicitudes o llamadas a Health Net Cal MediConnect. La solicitud permanente queda en sus registros hasta que usted solicita un cambio.

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 la audiencia ante el estado se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio que 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 preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información,** visite www.healthnet.com/calmediconnect.



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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (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), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect

<p>POR TELÉFONO</p>	<p>1-855-464-3572</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede hablar con una persona de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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 inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). 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>Las llamadas a este número son gratuitas, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. 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>POR FAX</p>	<p>1-800-281-2999</p>
<p>POR CORREO</p>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>www.healthnet.com/calmediconnect</p>

Si tiene preguntas, llame a Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3572 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si desea obtener más información**, visite www.healthnet.com/calmediconnect.

