



L.A. Care
Medicare Plus[™]
(HMO D-SNP)

Manual Para Miembros 2023

Del 1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023





Cambios en el Manual para Miembros, la Notificación anual de cambios y el Resumen de beneficios de 2023 de L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)

Estimado miembro:

Aquí le brindamos información importante acerca de algunos cambios en su cobertura de L.A. Care Medicare Plus.

Se han realizado cambios en el Manual para Miembros, la Notificación anual de cambios y el Resumen de beneficios de 2023 de L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP). Las actualizaciones se realizaron debido a la Ley de Reducción de la Inflación de 2022. A continuación encontrará la información que describe las actualizaciones. Conserve esta información para tenerla de referencia. Puede encontrar los materiales actualizados en nuestro sitio web en medicare.lacare.org.

No es necesario que tome ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para tenerla de referencia en el futuro. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Cambios en el Manual para Miembros, la Notificación anual de cambios y el Resumen de beneficios

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual para Miembros, la Notificación anual de cambios y el Resumen de beneficios	Información original	Información actualizada
Manual para Miembros: Capítulo 4, en la “Sección D. Tabla de beneficios de nuestro plan: Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”	Lo que usted debe pagar: ^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare. ^ Según su elegibilidad para Medi-Cal.	Lo que usted debe pagar: ^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% por cada servicio cubierto por Medicare. ♦ A partir del 1 de abril de 2023, quizás pague un coseguro más bajo por determinados medicamentos de la Parte B si el precio del medicamento aumentó más rápido que el índice de inflación en un trimestre de referencia. A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes cubierto dentro de los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, aunque usted no haya pagado su deducible. ^ Según su elegibilidad para Medi-Cal.

ML2915 0223 SP

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual para Miembros, la Notificación anual de cambios y el Resumen de beneficios	Información original	Información actualizada
<p>Notificación anual de cambios: “Sección E. Cambios en los beneficios y los costos del próximo año - tabla de beneficios cubiertos por Medicare”</p>	<p>Columna de 2023 (próximo año) Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Usted paga un coseguro del 0 al 20%. Su coseguro dependerá del tipo de beneficios de Medi-Cal que reciba.</p>	<p>Columna de 2023 (próximo año) Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare[♦]</p> <p>Usted paga un coseguro del 0 al 20%[♦]. Su coseguro dependerá del tipo de beneficios de Medi-Cal que reciba.</p> <p>♦A partir del 1 de abril de 2023, quizás pague un coseguro más bajo por determinados medicamentos de la Parte B si el precio del medicamento aumentó más rápido que el índice de inflación en un trimestre de referencia. A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes cubierto dentro de los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, aunque usted no haya pagado su deducible.</p>
<p>Resumen de beneficios: “Sección C. Lista de servicios cubiertos: Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con ciertos equipos médicos. Lea la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre estos medicamentos. Es posible que se apliquen las reglas de autorización previa.</p> <p>Es posible que se apliquen las reglas de autorización previa.</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con ciertos equipos médicos. Lea el Manual para Miembros para obtener más información sobre estos medicamentos.</p> <p>A partir del 1 de abril de 2023, quizás pague un coseguro más bajo por determinados medicamentos de la Parte B si el precio del medicamento aumentó más rápido que el índice de inflación en un trimestre de referencia. A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes cubierto dentro de los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, aunque usted no haya pagado su deducible.</p> <p>Es posible que se apliquen las reglas de autorización previa.</p>

H1224_2023_MedProd_IRACstShrPrtdBDrghngs_C_SP

안내: 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 연중무휴로 이용할 수 있는 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਛੁੱਟੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨਾਂ ਸਮੇਤ 24 ਘੰਟੇ, 7 ਦਿਨ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ໂທ 1-833-522-3767 (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຽຄ່າ.

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону 1-833-522-3767 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข 1-833-522-3767 (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 1-833-522-3767 (TTY: 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。這是免費電話。

عناية: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، ٤٢ ساعة في اليوم و٧ أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام ٤٢ ساعت شبانه روز و ٧ روز هفته، حتی روزهای تعطیل با 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o en formato de audio. Llame al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Si desea recibir los materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Índice

Chapter 1.	Primeros pasos como miembro.....	4
Chapter 2.	Números de teléfono y recursos importantes	14
Chapter 3.	Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	34
Chapter 4.	Cuadro de beneficios	56
Chapter 5.	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio del plan.....	110
Chapter 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal	129
Chapter 7.	Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de la cuenta que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	140
Chapter 8.	Sus derechos y responsabilidades	145
Chapter 9.	Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones o quejas).....	165
Chapter 10.	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	210
Chapter 11.	Notificaciones legales	227
Chapter 12.	Definiciones de palabras importantes	232

Avisos legales

- ❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud con contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de los dos programas a las personas inscritas. La inscripción en L.A. Care Medicare Plus depende de la renovación de los contratos.
- ❖ La cobertura de L.A. Care Medicare Plus es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima” (minimum essential coverage). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web de Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre L.A. Care Medicare Plus, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios y los de Medi-Cal. También le dice qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan.....	5
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	5
B1. Medicare.....	5
B2. Medi-Cal.....	5
C. Ventajas de nuestro plan.....	6
D. Área de servicio de nuestro plan.....	7
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	7
F. ¿Qué puede esperar cuando recién se inscribe en nuestro plan de salud?.....	7
G. Su equipo de atención médica y plan de atención.....	8
G1. Equipo de atención médica.....	8
G2. Plan de atención médica.....	9
H. Prima mensual del plan.....	9
H1. Prima del plan.....	9
I. Su <i>Manual para Miembros</i>	10
J. Otra información importante que recibirá de nosotros.....	10
J1. Su tarjeta de identificación del plan.....	10
J2. Directorio de proveedores y farmacias.....	11
J3. Lista de medicamentos cubiertos.....	12
J4. Explicación de beneficios.....	12
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado.....	13
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	13

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo, proveedores de cuidado para los trastornos de la conducta y otros proveedores. También contamos con administradores y equipos de atención médica para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención médica que necesita.

L.A. Care Medicare Plus es un plan de Medicare Medi-Cal (MMP o un plan Medi-Medi), que es un plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de inscripción exclusivamente alineado ofrecido por L.A. Care Health Plan.

L.A. Care Health Plan es una entidad pública cuyo nombre oficial es Local Initiative Health Authority for Los Angeles County. L.A. Care Health Plan es un plan de salud independiente y administrado públicamente, con la autorización del estado de California. L.A. Care Health Plan trabaja con médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores para ofrecerle a usted servicios de atención médica de calidad.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- Personas de 65 años de edad o mayores;
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades; y
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

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

Cada estado decide:

- Qué cuenta como ingresos y recursos;
- Quién es elegible;
- Qué servicios están cubiertos; y
- El costo de los servicios.

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

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



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

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

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal no se ve afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluso los medicamentos recetados. **Usted no paga de más para unirse a este plan de salud.**

Le ayudamos a lograr que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto y para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para **todas** sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención médica que usted ayudará a formar. Su equipo de atención médica puede incluirlos a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención médica. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención médica para ayudar a crear un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención médica y su administrador de atención médica.
- Su equipo de atención médica y el administrador de atención médica trabajan con usted para crear un plan de atención médica diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
 - Sus médicos sepan acerca de todos los medicamentos que toma para que ellos puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos adecuados y pueden reducir los efectos secundarios que podría sufrir por los medicamentos.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según sea apropiado.

Nuevos miembros de L.A. Care Medicare Plus: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en L.A. Care Medicare Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en L.A. Care Medicare Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de L.A. Care Medicare Plus. No habrá ningún lapso en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, si tiene alguna pregunta.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todas las regiones de Los Ángeles.

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

No podrá permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- Tenga 21 años o más en el momento de la inscripción; **y**
- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare; **y**
- Sea elegible para Medi-Cal actualmente; **y**
- Sea un ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección A le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período, lo que se denomina elegibilidad continua considerada).

F. ¿Qué puede esperar cuando recién se una a nuestro plan de salud?

Cuando recién se una a nuestro plan, usted recibirá una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de inscripción efectiva.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención médica. La HRA incluye preguntas para identificar sus servicios médicos, sus servicios y recursos de apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y sus necesidades de cuidado para los trastornos de la conducta y funcionales.

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

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Si nuestro plan es algo nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos que consulta actualmente durante algún tiempo, si no están en nuestra red. A esto se lo denomina continuidad de la atención médica. Si no están en nuestra red, puede conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales en el momento de inscribirse hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor presentan una solicitud ante nosotros para continuar con la atención con su proveedor actual.
- Consideramos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Una “relación existente” significa que usted consultó a un proveedor fuera de la red al menos una vez en una visita que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente mediante la revisión de su información médica protegida disponible o información que usted nos proporcione.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Nos puede solicitar que tomemos una decisión en menos tiempo y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar la documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando presente su solicitud.

Nota: Solo puede realizar esta solicitud para servicios de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), transporte, otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan. No **puede** realizar esta solicitud para proveedores de DME, transporte u otros proveedores auxiliares.

Después de que finaliza el período de continuidad de la atención médica, usted tendrá que ser atendido por médicos y otros proveedores de la red de L.A. Care Medicare Plus que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Cuando seleccione un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), lo asignarán al grupo médico afiliado a ese proveedor. Un proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Un grupo médico es una asociación entre PCP y especialistas creado para brindar servicios coordinados de atención médica. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo obtener atención médica.

G. Su equipo de atención médica y plan de atención

G1. Equipo de atención médica

Un equipo de atención médica puede ayudarle a seguir recibiendo la atención médica que necesita. Un equipo de atención médica puede incluir a su médico, un administrador de atención médica u otro profesional de la salud que usted elija.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Un coordinador de atención médica es una persona que está capacitada para ayudarle a manejar la atención que necesita. Se le asignará un administrador de atención médica cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona también lo referirá a recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención médica para ayudar a coordinar su atención médica. Llámenos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su administrador de atención médica y el equipo de atención médica.

G2. Plan de atención médica

Su equipo de atención médica trabaja con usted para crear un plan de atención médica. Un plan de atención médica les informa a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de cuidado para los trastornos de la conducta y de MLTSS.

Su plan de atención médica incluye:

- Sus objetivos de atención médica.
- Un cronograma de cuándo debe obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reunirá con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Hablará con usted sobre los servicios que necesita. También le informará sobre los servicios que se recomienda recibir. Su plan de atención médica se basará en sus necesidades. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención médica al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan

H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de L.A. Care Medicare Plus es de \$38.90.

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan. Si ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no se aplique a usted. Le enviamos por separado el documento llamado “Complemento a la Evidencia de cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también conocido como “complemento al subsidio por ingresos bajos” o el “Complemento al subsidio por ingresos bajos [Low-income subsidy, LIS]”), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos) y solicite el “Complemento al LIS”.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).



I. Su Manual para Miembros

Su *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede presentar una apelación a nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

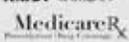
El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan desde el 1.º de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación para miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del plan

Con nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos servicios y recursos de apoyo a largo plazo, ciertos servicios para los trastornos de la conducta y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta de la Parte D. Esta es una muestra de la tarjeta de identificación para miembro:

		Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785 Dental Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) 24 Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Website: medicare.lacare.org	
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#>		Send claims to: L.A. Care Health Plan Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081 Claim Inquiry: 1-866-522-2736	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name: <PCP/Group name line 1> <PCP/Group name line 2> PCP Phone: <PCP Phone> Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 HI224-001	RxBIN: <RxBIN#> RxPCN: <RxPCN#> RxGRP: <RxGRP#> RxDID: <RxDID#> 		

Si su tarjeta de identificación para miembro se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros de inmediato al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde esa tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite en el futuro. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación para miembro, el proveedor podría cobrarle a Medicare en lugar de a su plan y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* para saber qué tiene que hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

- Servicios de salud mental especializados
- Trastorno de consumo de sustancias
- Servicios dentales
- Medi-Cal Rx

J2. Directorio de proveedores y farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página.

El Directorio enumera a profesionales de la atención médica (como médicos, enfermeras con práctica médica y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como centros de salud diurnos para adultos [Adult Day Health] y proveedores de atención médica en el hogar) a quienes puede consultar como miembro de L.A. Care Medicare Plus. También enumeramos las farmacias que puede usar para surtir sus medicamentos recetados. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información acerca de los proveedores de la red, como nombre, dirección, número telefónico, habilidades profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que acudió, cumplimiento de la residencia médica y estado de certificación de la Junta Médica.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de la atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, residencias de reposo y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - MLTSS, servicios para los trastornos de la conducta, agencias de asistencia en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que acuerdan surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan ayude a pagarlas.

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

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Le informa qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

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

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la lista de medicamentos, pero es posible que se produzcan algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para los Miembros o visite nuestro sitio web (consulte la información en la parte inferior de la página).

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le informa la cantidad total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo lo ayuda a mantener un registro de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Puede mantener su registro de membresía al día informándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costarán.**

Infórmenos de inmediato acerca de lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o compensación por lesiones del trabajo.
- Algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Admisión en una residencia de reposo o en un hospital.
- Atención médica en un hospital o en una sala de emergencias.
- Cambios con su cuidador (o cualquier persona responsable de usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participa ahora o en el futuro, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicios para los Miembros.

También puede cambiar su información utilizando su cuenta en línea de L.A. Care Connect. L.A. Care Connect es una cuenta en línea disponible para nuestros miembros de L.A. Care Medicare Plus que se registren. Puede registrarse y acceder a su cuenta de L.A. Care Connect visitando **www.medicare.lacare.org**. Después de registrarse, puede iniciar sesión para hacer lo siguiente:

- Ver su elegibilidad y beneficios.
- Solicitar, ver o imprimir su tarjeta de identificación
- Cambiar de médico o grupo médico.
- Manejar sus medicamentos, ver su historial de medicamentos, buscar una farmacia y acceder a todos los demás beneficios farmacéuticos.
- Participar en programas de bienestar disponibles

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

Es posible que la información en su registro de membresía incluya información personal de salud (personal health information, PHI). Las leyes estatales y federales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a contestar sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención médica y con otras personas que pueden abogar en su nombre. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Servicios para los Miembros	15
B. Su administrador de atención médica	18
C. Línea de Enfermería	20
D. Línea de Cuidado para los Trastornos de la Conducta en Casos de Crisis	21
E. Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP)	22
F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)	23
G. Medicare	24
H. Medi-Cal	25
I. Oficina del defensor de los derechos del paciente	26
J. Servicios sociales del condado	27
K. Plan especializado de salud mental del condado	28
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California	29
M. Otros recursos	30

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



A. Servicios para los Miembros

LLAME AL	<p>1-833-522-3767 La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio si llama al número anterior.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>
FAX	1-213-438-5712
ESCRIBA A	<p>L.A. Care Medicare Plus</p> <p>Attn: Member Services Department</p> <p>1055 West 7th Street 10th Floor</p> <p>Los Angeles, CA 90017</p>
SITIO WEB	medicare.lacare.org/

Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos; ●
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos sobre su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja contra nosotros o cualquier proveedor (incluso un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió ante nosotros o ante la Organización de Mejora de la Calidad (consulte la **sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja a Medicare sobre nuestro plan. Puede utilizar un formulario en línea en 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 nuestro plan ante el Programa de Defensa de los Derechos del Paciente llamando al 1-888-452-8609, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos por Medicare
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos por Medicare; **o**
 - el monto que pagamos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.
 - Para obtener más información sobre decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos de Medicare



- Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación respecto a sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos de Medicare
 - Puede presentar una queja contra nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja a Medicare sobre nuestro plan. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Pagos por atención médica o medicamentos de Medicare que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.



B. Su administrador de atención médica

¿Qué es un administrador de atención médica?

- Un administrador de atención médica es un enfermero o profesional de la salud que conocerá y entenderá sus necesidades de salud. Su administrador de atención médica trabaja en equipo con usted, sus médicos, cuidadores y otros involucrados en su atención médica. El administrador de atención médica lo asesora acerca de qué servicios necesita, realiza un plan de atención con usted para identificar los servicios que necesita, coordina sus servicios y da seguimiento para ver cómo funciona todo.

Puede comunicarse con su administrador de atención médica para ayudarlo a responder preguntas y encontrar los recursos adecuados con el fin de asegurar que permanezca tan sano como sea posible.

¿Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica?

- Puede comunicarse con Servicios para los Miembros a los números que se mencionan a continuación. Le conectarán con el Departamento de Coordinación de Atención Médica o Administración de la Atención Médica.

¿Cómo puede cambiar su administrador de atención médica?

- Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

LLAME AL	1-833-522-3767 La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio si llama al número anterior. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
FAX	1-213-438-5712

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



ESCRIBA A	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1055 West 7 th Street Los Angeles, CA 90017
SITIO WEB	medicare.lacare.org/

Comuníquese con su administrador de atención médica para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios para el cuidado para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y de consumo de sustancias)
- Preguntas sobre servicios y apoyo para ayudarlo a mantenerse saludable

Los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS) incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Services, CBAS), atención médica a largo plazo (Long Term Care, LTC), Servicios de asistencia en el hogar y Residencia de reposo (Nursing Facilities, NF).

Los miembros deben cumplir ciertos requisitos de elegibilidad para tener derecho a participar en cada uno de estos programas. Llame al Departamento de MLTSS de L.A. Care Medicare Plus al 1-855-427-1223 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos, para obtener información adicional sobre los requisitos de elegibilidad. Algunas veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de vida.

Podría ser elegible para estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS);
- Servicios de centros de reposo de atención médica a largo plazo (LTC);
- Servicios de asistencia en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS);
- Servicios domésticos y de atención personal;
- Atención de relevo;
- Modificación en el hogar.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

C. Línea de Enfermería

Puede llamar a la Línea de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene alguna pregunta relacionada con la salud. Nuestros enfermeros son profesionales capacitados que pueden proporcionarle información médica protegida, educación y asesoría de salud adecuados, lo que incluye ayudarlo a obtener atención de nivel de urgencia o de emergencia. Si tiene preguntas específicas sobre un tratamiento en curso, debe llamar al consultorio de su médico. La Línea de Enfermería no reemplaza el consultorio de su médico. Puede comunicarse con la Línea de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o su atención médica.

LLAME AL	<p>1-800-249-3619 La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio si llama al número anterior.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



D. Línea de Cuidado para los Trastornos de la Conducta en Casos de Crisis

L.A. Care Medicare Plus le proporciona acceso a información médica y asesoría las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Cuando usted llame, nuestros especialistas en cuidados para los trastornos de la conducta contestarán sus preguntas relacionadas con el bienestar. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero no se trata de una emergencia, usted puede llamar a nuestra Línea de Servicios para los trastornos de la conducta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para hacer preguntas clínicas sobre el cuidado para los trastornos de la conducta.

LLAME AL	<p>1-877-344-2858 La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como en letra grande, braille o audio si llama al número anterior.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>

Comuníquese con la Línea de Servicios para los trastornos de la conducta para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de cuidado para los trastornos de la conducta y por abuso de sustancias.

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



E. Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) proporciona asesoría gratuita sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender lo que debe hacer para tratar su problema. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-800-434-0222 Programe una cita para ver a un consejero en su oficina local del HICAP
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	California Health Advocates 5380 Elvas Avenue, Suite 221 Sacramento, CA 95819
SITIO WEB	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Comuníquese con el HICAP para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre nuestro plan o Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y le ayudarán a:
 - entender sus derechos;
 - entender sus opciones de planes;
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento; **y**
 - resolver problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) Livanta de Medicare. Es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Livanta, la Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábados, domingos y días festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta, la Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Puede presentar una queja sobre la atención médica que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica;
 - cree que su hospitalización terminará demasiado pronto; ●
 - cree que su servicio de salud en el hogar, la atención médica del hospital de enfermería o los servicios del establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

G. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services).

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, residencias de reposo, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web útiles y números de teléfono. También incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad pueden ayudarle a visitar estos sitios web usando sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número antes mencionado y preguntarles acerca de lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro médico público que brinda los servicios de atención médica necesarios a personas con bajos ingresos, que pueden incluir familias con hijos, personas de la tercera edad, personas con discapacidades, niños que se encuentran bajo cuidado de crianza temporal, mujeres embarazadas y personas con enfermedades específicas, como tuberculosis, cáncer de seno o VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el estado y el gobierno federal.

LLAME AL	1-844-580-7272. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

I. Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente

La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente trabaja como defensor en su nombre. Pueden contestar sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué tiene que hacer. La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente también puede ayudarle con problemas relacionados con los servicios o la facturación. La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente no tomará automáticamente partido en una queja. Considera todas las partes de manera imparcial y objetiva. Es su trabajo ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. Estos servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS), Ingreso Social Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), salud mental o por abuso de sustancias, comuníquese al Departamento de Servicios Sociales local de su condado.

LLAME AL	1-866-613-3777 La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. (excepto los días festivos). El Centro de Servicio al Cliente (Customer Service Center, CSC) es un “punto único de contacto” que en la actualidad proporciona servicios a las 33 Oficinas de Distrito para los siguientes programas de asistencia e idiomas: CalWORKs, CalFresh, Medi-Cal y General Relief, con servicios en armenio, camboyano, inglés, español, vietnamita, chino, farsi, tagalo, ruso y coreano.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746
SITIO WEB	http://dpss.lacounty.gov



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

K. Plan especializado de salud mental del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles por medio del plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica.

LLAME AL	1-800-854-7771 La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios para los trastornos de la conducta proporcionados por el condado.
- El Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles proporciona servicios de salud mental especializados que incluyen servicios de salud mental ambulatorios, tratamiento diurno, intervención y estabilización intensiva en casos de crisis, administración de casos específicos, pruebas de detección, tratamiento residencial para adultos y tratamiento residencial en casos de crisis.



L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

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

LLAME AL	1-888-466-2219. Los representantes del DMHC están disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

M. Otros recursos

El Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- acceso a los servicios médicos
- apelación de servicios, medicamentos, equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME), servicios de salud mental, etc. denegados
- facturación médica
- IHSS (Servicios de asistencia en el hogar)

Health Consumer Alliance ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono de Health Consumer Alliance es 1-888-804-3536.

Departamento de Salud Pública/Prevención y Control de Abuso de Sustancias del condado de Los Ángeles

Hay tratamientos adicionales para los trastornos por consumo de sustancias disponibles por medio del Departamento de Salud Pública/Prevención y Control de Abuso de Sustancias del condado de Los Ángeles. Este conjunto de beneficios incluye rehabilitación en un centro de cuidados diurnos, asesoría ambulatoria individual y de grupo, y servicios residenciales perinatales. Puede comunicarse con nuestro Departamento de Salud Pública/Prevención y Control de Abuso de Sustancias del condado de Los Ángeles al 1-844-804-7500 (TTY: 711) para obtener referencias y enlaces.

Cómo comunicarse con el Departamento de Rehabilitación

El Departamento de Rehabilitación ayuda a las personas con discapacidades en materia de empleo proporcionándoles rehabilitación vocacional, capacitación y servicios de colocación laboral.

LLAME AL: 1-800-952-5544 (TTY:1-844-729-2800)

ESCRIBA A: Department of Rehabilitation
P.O. Box 944222
Sacramento, CA
94244-2220

SITIO WEB: www.dor.ca.gov

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Cómo comunicarse con los Centros de Vida Independiente (ILC)

Los Centros de Vida Independiente (Independent Living Centers, ILC) son organizaciones que proporcionan servicios que permiten a las personas con discapacidades vivir y trabajar de forma independiente en sus comunidades. Los servicios incluyen referencias de asistentes, defensoría, asesoría entre pares e información relacionada con la vivienda y el transporte. Los siete Centros de Vida Independiente (ILC) en el condado de Los Ángeles son:

Communities Actively Living Independent & Free (CALIF)

LLAME AL: 1-213-627-0477
 TTY: 1-213-623-9502
 FAX: 1-213-627-0535
 ESCRIBA A: Communities Actively Living Independent
 & Free (CALIF) 634 South Spring Street,
 2nd Floor
 Los Angeles, CA 90014
 SITIO WEB <https://califilc1.wixsite.cm/>

Centro de Recursos para Personas Discapacitadas (DRC)

LLAME AL: 1-562-427-1000
 TTY: 1-562-427-1366
 FAX: 1-562-427-2027
 ESCRIBA A: 2750 E. Spring Street, Ste. #100
 Long Beach, CA 90806
 SITIO WEB: www.drcinc.org

Independent Living Center of Southern California (ILCSC)

LLAME AL: 1-877-452-4227 o 1-818-785-6934
 TTY: 1-818-785-7097
 CORREO ELECTRÓNICO: ilcsc@ilcsc.org
 ESCRIBA: 14407 Gilmore Street, #101
 Van Nuys, CA 91401
 SITIO WEB: www.ilcsc.org

Service Center for Independent Life (SCIL)

LLAME AL: 1-800-491-6722;
 Oficina de Claremont: 1-909-621-6722
 TTY: 1-909-445-0726
 ESCRIBA: SCIL Claremont Office
 107 S. Spring Street Claremont, CA 91711; or
 SITIO WEB: www.scil-ilc.org

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Servicios de Recursos para Una Vida Independiente del Sur de California (SCRS-IL)

LLAME: Oficina de Downey: 1-562-862-6531; oficina de Pasadena: 1-626-587-5010
TTY: 1-562-869-0931
FAX: Oficina de Downey: 1-562-923-5274; oficina de Pasadena: 1-626-714-7068
ESCRIBA A: Downey Office
7831 Quill Drive, Ste. D Downey, CA 90242

Pasadena Office
2023 Lincoln Ave.
Pasadena, CA 91103
SITIO WEB: www.scrs-ilc.org

Cómo comunicarse a los Centros Regionales

Los Centros Regionales proporcionan programas y coordinan servicios para personas con discapacidades del desarrollo. California tiene 21 Centros Regionales con más de 40 oficinas ubicadas en todo el estado que proporcionan sus servicios a personas con discapacidades del desarrollo y sus familias. Para acceder a este directorio de Centros Regionales, visite el sitio web que aparece a continuación.

LLAME AL: 1-833-421-0061
TTY: 711
ESCRIBA A: P.O. Box 944202
Sacramento, CA 94244-2020
SITIO WEB: www.dds.ca.gov

Cómo comunicarse con el Consejo de Servicios de Asistencia Personal (PASC)

El Consejo de Servicios de Asistencia Personal (Personal Assistance Service Council, PASC) es la autoridad pública para los Servicios de Asistencia en el Hogar (IHSS) en el condado de Los Ángeles. El PASC proporciona servicios para mejorar la calidad de vida de todas las personas que reciben y proporcionan IHSS, como asistencia para encontrar un trabajador de servicios de atención médica en el hogar, la asistencia de un trabajador de servicios de atención médica en el hogar temporal y oportunidades de capacitación para los beneficiarios de IHSS y los trabajadores de servicios de atención médica en el hogar.

LLAME AL: 1-877-565-4477
TTY: 1-626-737-7512
FAX: 1-818-206-8000
SITIO WEB: www.pascla.org



Cómo comunicarse con una Agencia Local para Personas de la Tercera Edad (AAA)

Las Agencias Locales para Personas de la Tercera Edad (Area Agencies on Aging, AAA) proporcionan una variedad de servicios a los adultos mayores, como referencias a servicios en el hogar y comunitarios, vivienda, comidas a domicilio, atención de alivio, asesoría con Medicare/Medi-Cal, asistencia con los impuestos, transporte, confortación telefónica, administración de casos, cuidado diurno para adultos, asistencia legal y otros servicios de atención a largo plazo.

Servicios para la Comunidad y para las Personas de la Tercera Edad del condado de Los Ángeles

LLAME AL:	1-800-510-2020
ESCRIBA A:	3175 West 6th Street Los Angeles, CA 90020
CORREO ELECTRÓNICO:	Info@CSS.lacounty.gov
SITIO WEB:	http://css.lacounty.gov

El Departamento para Personas de la Tercera Edad de la ciudad de Los Ángeles tiene su propia AAA para los residentes que viven dentro de los códigos postales de la ciudad de Los Ángeles.

LLAME AL:	1-213-482-7252 o 1-800-510-2020
FAX:	1-213-482-7256
ESCRIBA A:	221 N. Figueroa St., Ste. 500 Los Angeles, CA 90012
CORREO ELECTRÓNICO:	age.webinfo@lacity.org
SITIO WEB:	www.aging.lacity.org



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

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que usted necesita saber para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su administrador de atención médica, cómo obtener atención médica de varios tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), lo que debe hacer si le facturan directamente por servicios que cubrimos y las reglas de ser propietario de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	36
B. Reglas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan	36
C. Su administrador de atención médica.....	38
C1. Qué es un administrador de atención médica.....	38
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica.....	38
C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica	39
D. Atención médica de proveedores.....	39
D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria	39
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	41
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	42
D4. Proveedores fuera de la red	43
E. Servicios para el cuidado para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	43
E1. Servicios de Medi-Cal para los trastornos de la conducta proporcionados fuera de nuestro plan	43
F. Servicios de transporte.....	45
F1. Transporte médico de situaciones que no son de emergencia	45
F2. Transporte no médico	46
G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.....	47
G1. Atención médica en una emergencia médica.....	47

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



G2. Atención médica de urgencia	48
G3. Atención médica durante un desastre	49
H. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan	50
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	50
I. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	50
I1. Definición de un estudio de investigación clínica	50
I2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	51
I3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	52
J. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud	52
J1. Definición de una institución religiosa no médica de atención de la salud	52
J2. Atención médica en una institución religiosa no médica de atención médica	52
K. Equipo médico duradero (DME)	53
K1. DME como miembro de nuestro plan	53
K2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original	54
K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	54
K4. Equipo de oxígeno cuando cambie a Medicare Original	54



A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios son atención médica (como visitas al médico y tratamiento médico), Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (managed long-term services and *supports*, MLTSS), suministros, servicios para los trastornos de la conducta (incluidos el bienestar y la salud mental), medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, cuidado para los trastornos de la conducta, y los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS) cubiertos están indicados en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras profesionales que le brindan servicios y atención médica. Entre los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios para los trastornos de la conducta, equipo médico y ciertos Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acuerdan aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brinden. Por lo general, cuando es atendido por un proveedor de la red, no debe realizar ningún pago por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye el cuidado para los trastornos de la conducta y los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de atención médica, los servicios para los trastornos de la conducta y MLTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención médica que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestro Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención médicamente necesaria es necesaria para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.



- Para los servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** de la red que ordene la atención médica o que le indique que consulte a otro proveedor. Como miembro del plan, debe escoger a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red **o** nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a un proveedor que no sea su PCP o ir a otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama **referencia**. Si no recibe la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en la salud de la mujer.
 - Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Al escoger a su PCP, también está escogiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo refiere a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creado para brindar servicios coordinados de atención médica.
 - No necesita una referencia de su PCP para recibir atención médica de emergencia o atención médica de urgencia, ni para consultar a un proveedor de la salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una referencia de su PCP (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección D1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención médica de parte de proveedores de la red que estén afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención médica que proporciona un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud ni el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección H de este capítulo).
 - Si necesita atención médica que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización para los servicios que no son de emergencia de L.A. Care Medicare Plus antes de recibir este tipo de atención médica. En esta situación, cubrimos la atención médica sin costo alguno para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que paga por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio



de un proveedor fuera de la red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

- Cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez, puede hacer una petición para seguir consultando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos determinar que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir consultando a sus proveedores actuales hasta por 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, nuestro administrador de atención médica se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados al grupo médico de su PCP. Después de 12 meses, ya no cubrimos su atención médica si continúa consultando a proveedores fuera de nuestra red que no estén afiliados al grupo médico de su PCP.

Nuevos miembros de L.A. Care Medicare Plus: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en L.A. Care Medicare Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en L.A. Care Medicare Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de L.A. Care Medicare Plus. No habrá ningún lapso en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, si tiene alguna pregunta.

C. Su administrador de atención médica

C1. Qué es un administrador de atención médica

Un administrador de atención médica es un profesional de la salud que conocerá y entenderá sus necesidades de salud. Esta persona puede pertenecer a su grupo médico o a L.A. Care Health Plan. Su administrador de atención médica trabaja en equipo con usted, sus médicos, cuidadores y otros involucrados en su atención médica.

Su administrador de atención médica trabaja con usted para:

- Evaluar sus necesidades de atención médica;
- Planificar su atención con usted y con su equipo de atención médica;
- Crear un plan de atención individual que se enfoque en sus necesidades y elecciones;
- Coordinar sus servicios;
- Comunicarse con usted y sus proveedores; y
- Darle seguimiento para saber cómo va y, si es necesario, hacer cambios.

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica

Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica

Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

D. Atención médica de proveedores

D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria

Debe escoger a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Al escoger a su PCP, también está escogiendo al grupo médico afiliado.

La definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Cuando se inscribe como miembro de nuestro plan, debe escoger a un proveedor de la red para que sea su PCP. Su PCP puede ser un internista, un médico familiar, un médico general, o un ginecobstetra que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le brindará atención médica de rutina o básica. Puede elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) como su PCP. Los FQHC son centros de salud que están ubicados en áreas que no tiene muchos proveedores de servicios de atención médica.

Su PCP coordinará el resto de los servicios cubiertos que obtenga como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, es posible que deba obtener primero la referencia de su PCP (a esto se le llama obtener una "referencia" con un especialista). Algunos ejemplos de servicios especializados que requieren una referencia son:

- Rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Ingresos al hospital
- Seguimiento médico

Un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) es una clínica y puede ser su PCP. Los FQHC reciben dinero del gobierno federal, ya que están ubicados en zonas sin muchos servicios de atención médica. Llame a L.A. Care Medicare Plus para obtener los nombres y las direcciones de los FQHC que trabajan con L.A. Care Medicare Plus o busque en el Directorio de proveedores.

- "Coordinar" sus servicios incluye consultar a otros proveedores del plan acerca de su atención médica. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, primero debe recibir la aprobación de su PCP (por ejemplo, una referencia para consultar al especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



(aprobación previa). Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, deberá enviar todos sus expedientes médicos previos al consultorio de su PCP.

Su selección de PCP

Como miembro de L.A. Care Medicare Plus, estará inscrito en L.A. Care para sus programas de Medicare y Medi-Cal. Se le asignará un PCP de Medicare como su médico de atención primaria que coordinará sus servicios de Medicare y Medi-Cal, no se le asignará un médico de atención primaria de Medi-Cal. Puede cambiar a su PCP en cualquier momento.

Primero, debe elegir un médico de atención primaria. Tal vez pueda elegir a un especialista como su PCP. Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para tratar una enfermedad o una parte del organismo en particular. Usted puede elegir un especialista como su PCP si ese médico está en la lista como un PCP en el Directorio de proveedores. Usted puede obtener servicios de cualquier proveedor que esté en nuestra red y esté aceptando nuevos miembros.

- Elija un PCP que use ahora, o
 - que le haya recomendado una persona de su confianza, o
 - cuyo consultorio ofrece un acceso fácil.
 - Si desea obtener ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. O, visite medicare.lacare.org/.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que usted desea o necesita, llame a Servicios para los Miembros a fin de consultarlo antes de recibir el servicio o la atención médica.

Si hay un especialista u hospital en particular que desea usar, verifique si están afiliados con el grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, o solicitar a Servicios para los Miembros que verifiquen si el PCP que desea hace referencias a ese especialista o usa ese hospital.

Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje nuestra red del plan. Si su PCP deja nuestra red, le podemos ayudar a encontrar un nuevo PCP que esté dentro de nuestra red.

Llame a Servicios para los Miembros a fin de cambiar de PCP. Si informa a Servicios para los Miembros de su solicitud para cambiar de PCP antes del último día hábil del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Servicios para los Miembros verificará que el PCP que elija esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para los Miembros cambiará su registro de membresía, incluirá el nombre de su nuevo PCP y le indicará cuándo entrará en vigor el cambio de PCP. Servicios para los Miembros le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, también podría estar cambiando de grupo médico. Cuando pida el cambio, informe a Servicios para los Miembros si consulta a un especialista o recibe otros servicios cubiertos que requieran la aprobación del PCP. Servicios para los Miembros le ayuda a continuar con su atención médica especializada y otros servicios cuando cambie de PCP.

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a ella
- Atención médica de urgencia de proveedores de la red
- Atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a un proveedor de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana)

Nota: la atención médica de urgencia debe ser necesaria de inmediato y médicamente necesaria.

- Servicios de diálisis que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para los Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera.
- Las vacunas contra la gripe y contra el COVID-19, así como hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Atención de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías, (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Adicionalmente, si usted es elegible para recibir los servicios de proveedores de salud para indígenas, puede consultarlos sin una referencia.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para tratar una enfermedad o parte del organismo en específico. Hay muchos tipos de especialistas, como por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos cuidan de pacientes con problemas del corazón.
- Ortopedistas cuidan de pacientes con problemas de los huesos, articulaciones o músculos.



Su proveedor puede darle una referencia para ver a un especialista de la red u otros proveedores cuando es médicamente necesario con el fin de mantenerse saludable. Para algunos tipos de referencias, su proveedor podría necesitar la aprobación por adelantado de su grupo médico o de L.A. Care Medicare Plus. A esto se le llama obtener una “autorización previa”.

Es muy importante obtener una autorización previa antes de consultar a un especialista de la red o de otros proveedores. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para mujeres que se explicó en la sección anterior.

Si no tiene una autorización previa antes de recibir los servicios de un especialista o de otros proveedores, tal vez tenga que pagar por esos servicios usted mismo.

Si el especialista u otro proveedor desea que usted regrese para obtener más servicios, primero verifique para asegurarse que la autorización previa que obtuvo por la primera visita cubre más visitas.

Si hay especialistas específicos que desee consultar, averigüe si su proveedor envía pacientes a esos especialistas. Lea el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red al que está consultando puede dejar nuestro plan. Si uno de nuestros proveedores deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Hacemos todo lo posible por avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene el derecho de pedir (y trabajaremos con usted para garantizarlo) que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le proporcione atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención médica ante la Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención médica, o ambas. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.)

Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención médica. Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

D4. Proveedores fuera de la red

Cuando se determina que un servicio médico específico es médicamente necesario para garantizar la continuidad de la atención médica, pero dicho servicio no está disponible por parte de un proveedor de atención médica de nuestra red, L.A. Care Medicare Plus o el grupo médico del miembro encontrará a un proveedor adecuado fuera de la red que pueda proporcionar el servicio médico. L.A. Care Medicare Plus o el grupo médico celebrará un contrato especial con el proveedor que se encontró fuera de la red.

Si es nuevo en L.A. Care y está en un plan de tratamiento activo o recibe servicios de un proveedor que no pertenece a la red del plan de L.A. Care Medicare Plus, L.A. Care Medicare Plus o el grupo médico celebrará un contrato especial con el proveedor que se encontró fuera de la red. Se aplican ciertas limitaciones. Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

E. Servicios para el cuidado para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para los trastornos de la conducta médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios para los trastornos de la conducta que cuenten con la cobertura de Medicare. Nuestro plan no brinda servicios para los trastornos de la conducta cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted por medio del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Salud Pública, Prevención y Control de Sustancias del condado de Los Ángeles.

E1. Servicios de Medi-Cal para los trastornos de la conducta proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición mediante el plan de salud mental del condado (Mental health plan, MHP) si usted cumple los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que proporciona el Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health, DMH) del condado de Los Ángeles incluyen:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención en casos de crisis
- Estabilización en casos de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Servicios en centros de salud psiquiátrica
- Servicios de hospitalización psiquiátrica
- Administración de casos personalizada

Los servicios del sistema de entrega organizado de Medi-Cal o Drug Medi-Cal están a su disposición por medio del Departamento de Salud Pública, Prevención y Control de Abuso de Sustancias del condado de Los Ángeles si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que proporciona el Departamento de Salud Pública, Prevención y Control de Abuso de Sustancias del Condado de Los Ángeles incluyen:

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

Los servicios del sistema de entrega organizado de Drug Medi-Cal incluyen:

- Servicios ambulatorios y servicios ambulatorios intensivos
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicación)
- Servicios de tratamiento residencial o hospitalario
- Administración de abstinencia
- Servicios de tratamiento con narcóticos
- Servicios para la recuperación
- Coordinación de la atención médica

Además de los servicios mencionados anteriormente, usted podría tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple los criterios.

Si cumple los criterios de necesidad médica para los servicios de salud mental especializados con el DMH del condado de Los Ángeles o para servicios de Drug Medi-Cal con el Departamento de Salud Pública (Prevención y Control de Abuso de Sustancias) (Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control, DPH/SAPC) del condado de Los Ángeles, L.A. Care Medicare Plus vinculará y coordinará su atención médica con la agencia correspondiente. Para comunicarse directamente con DPH/SAPC, llame al 1-844-804-7500, las 24 horas del día, los siete días de la semana. L.A. Care Medicare Plus seguirá asegurándose de la integración de la planificación de la atención médica entre sus proveedores de atención primaria y de cuidado para los trastornos de la conducta.



F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico de situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no es de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no es de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, consumo de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su PCP u otro proveedor y solicitarlo. Su PCP u otro proveedor decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, lo recetarán completando un formulario y enviándolo a L.A. Care Medicare Plus para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP u otro proveedor volverá a evaluar su necesidad de transporte médico que no es de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. L.A. Care Medicare Plus permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no es de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesite transporte para ir a su cita. Por ejemplo, si su condición física o médica permite trasladarle en una camioneta para silla de ruedas, L.A. Care Medicare Plus no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho a que le trasladen en transporte aéreo si su condición médica impide cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte médico que no es de emergencia debe usarse cuando:

- Lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización por escrito de su PCP u otro proveedor porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesite la asistencia del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar transporte médico que su médico le haya recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, al menos dos días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación para miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

L.A. Care Medicare Plus cubre el transporte médico de menor costo que satisface sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal pero no a través del plan de salud, L.A. Care Medicare Plus le ayudará a coordinar su transporte. En el Capítulo 4 de este manual se incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de L.A. Care Medicare Plus, a menos que se autorice previamente.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



F2. Transporte no médico

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

- Se traslade hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor; o
- Retire medicamentos recetados y suministros médicos.

L.A. Care Medicare Plus le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para ir a una cita no médica para recibir servicios autorizados por su proveedor. L.A. Care Medicare Plus utiliza Call the Car para coordinar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, se le puede reembolsar por los viajes en un vehículo privado que usted organice. L.A. Care Medicare Plus debe aprobar esto **antes** de que usted obtenga el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener transporte de otra manera, como tomar el autobús.

Puede informarnos llamándonos. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**

El reembolso de millaje requiere todo lo siguiente:

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

Para solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, al menos dos días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación para miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: los amerindios pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

L.A. Care Medicare Plus brinda el transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo o ser reembolsado directamente.**

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

- Una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no es de emergencia es necesaria para recibir un servicio.
- Usted necesita la asistencia del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Usted está en silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

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

G1. Atención médica en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor o lesiones graves. La condición es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que derive en:

- Un riesgo grave para la salud o para el niño por nacer; ●
- Un daño grave a las funciones corporales; ●
- La disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para trasladar a la miembro de manera segura a otro hospital antes del parto
 - el traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la del feto

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita obtener primero la aprobación ni la referencia de su PCP. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.
- **Tan pronto como sea posible, infórmele a nuestro plan sobre su emergencia.** Haremos un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted, su administrador de atención médica o alguien más debe llamar para informarnos de su atención médica de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no se pagarán los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan cubre ese servicio. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

L.A. Care Medicare Plus ofrece cobertura de emergencia mundial en cualquier parte del mundo. Cubriremos hasta \$10,000 en costos de emergencia o urgencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

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

Nuestro plan cubre su atención médica de seguimiento. Si recibe atención médica de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible.

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud mental. Usted podría acudir para recibir atención médica de emergencia y el médico podría informarle que, en realidad, no se trata de una emergencia. Siempre y cuando usted pensara en forma razonable que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su atención.

Después de que el médico informe que no es una emergencia, cubrimos su atención médica adicional solo si:

- Usted acude a un proveedor de la red, **o**
- La atención adicional que obtenga se considera “atención médica de urgencia” y usted sigue las reglas (consulte la Sección H2) para obtenerla.

G2. Atención médica de urgencia

La atención médica de urgencia es la atención que recibe en una situación que no es una emergencia, pero necesita atención médica inmediatamente. Por ejemplo, podría tener un brote de una condición existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesitar tratamiento.

La atención médica de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención médica de urgencia solo si:

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

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cómo recibir atención médica de urgencia

- Llame a su PCP. Es posible que hable con un operador, quien se encarga de atender las llamadas del consultorio de su PCP cuando está cerrado.
- Solicite hablar con su PCP o con el médico de turno. Otro médico podría responder su llamada si su PCP no está disponible. Hay un médico disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Explíqueles cuál es su condición y siga las instrucciones.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Llame a la Línea de Enfermería al 1-800-249-3619 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para que le ayuden a encontrar un centro de atención médica de urgencia cerca de usted.

Es probable que reciba los servicios de atención médica de urgencia el mismo día. No debe tomar más de 48 horas desde el momento en que llame para solicitar una cita para recibir los servicios de atención médica de urgencia por parte de su PCP. Si se encuentra fuera del condado de Los Ángeles, no necesita llamar a su PCP ni obtener una autorización previa antes de recibir servicios de atención médica de urgencia. Asegúrese de informar a su PCP sobre esta atención. Es posible que necesite atención médica de seguimiento de su PCP.

Los siguientes son los estándares de citas para obtener otros tipos de citas:

- Cita de rutina del médico de atención primaria (PCP) dentro de los 10 días hábiles
- Exámenes físicos de rutina del PCP dentro de los 30 días consecutivos.
- Citas de urgencia de un médico de atención especializada (Specialist Care Physician, SCP) que requiere autorización previa dentro de las 96 horas.
- Cita de rutina de un SCP dentro de los 15 días hábiles.

La atención médica de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención médica de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

L.A. Care Medicare Plus ofrece cobertura de urgencia mundial en cualquier lugar fuera de los Estados Unidos. Cubriremos hasta \$10,000 en costos combinados de emergencia o urgencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Nuestro plan no cubre atención médica de urgencia, ni ninguna otra atención que no sea de emergencia, que reciba fuera de los Estados Unidos.

G3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención médica de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: medicare.lacare.org/.

Durante un desastre declarado, le permitimos obtener atención médica de proveedores fuera de la red, a la tarifa de costo compartido dentro de la red, en caso de que no pueda utilizar un proveedor de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.



H. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura.

Usted no deberá pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el pago.

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* para saber qué hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinan médicamente necesarios; **y**
- que se mencionan en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*); **y**
- que se obtienen al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si desea saber si pagamos un servicio o atención de tipo médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.

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

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si excede este límite, usted paga el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

I. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de un estudio de investigación clínica

L.A. Care Medicare Plus cubre los costos por atención médica de rutina de los pacientes aceptados en estudios clínicos de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV si están relacionados con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otras condiciones que pongan en peligro la vida, y si el estudio es realizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU., los Centros para el Control y

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Los estudios deben tener la aprobación de los Institutos Nacionales de la Salud, la Food and Drug Administration, FDA, el Departamento de Defensa o la Administración de Veteranos. Medi-Cal Rx, un programa de pago por servicio (fee for service, FFS) de Medi-Cal, cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y verifica si usted califica para participar en él. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras esté en el estudio, podrá permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan continúa cubriendo sus servicios y atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red.

Le animamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de atención médica debe comunicarse a Servicios para los Miembros para informarnos que participará en un estudio clínico.

12. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare apruebe, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención médica. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted está cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida por hospitalización (que Medicare pagaría aún si no estuviera en un estudio)
- Cirugía u otro procedimiento médico como parte del estudio de investigación
- Tratamiento para cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención médica

Si es parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga cualquier costo por participar en dicho estudio.



I3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica si lee la publicación "Medicare & Clinical Research Studies" (Estudios de Medicare y de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (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 la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud

J1. Definición de una institución religiosa no médica de atención de la salud

"Objeción moral"

Algunos proveedores tienen una objeción moral para brindar algunos servicios cubiertos. Esto significa que tienen derecho a no ofrecer algunos servicios cubiertos si no están de acuerdo desde un punto de vista moral con los servicios. Si su proveedor tiene una objeción moral, le ayudará a encontrar otro proveedor para que le brinde los servicios necesarios. L.A. Care también puede ayudarle a buscar un proveedor.

Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios que podrían estar cubiertos bajo el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podrían necesitar:

- planificación familiar
- servicios de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia
- esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del parto
- tratamientos para la infertilidad
- aborto

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que ofrece la atención médica que recibiría de manera normal en un hospital u hospital de enfermería. Si obtener atención médica en un hospital u hospital de enfermería va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención médica en una institución religiosa no médica de atención de salud. Este beneficio se ofrece únicamente para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

J2. Atención médica en una institución religiosa no médica de atención médica

Para obtener atención médica en una institución religiosa no médica de atención médica, debe firmar un documento legal que indique que usted se opone conscientemente a aceptar el tratamiento médico "no objetado".

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- El tratamiento médico “no objetado” es cualquier atención médica **voluntaria y no requerida** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “objetado” es cualquier atención médica **no voluntaria y es obligatoria** en virtud de la ley federal, estatal o local.

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

- Medicare debe certificar la institución que brinda la atención médica.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que está limitada a los aspectos no religiosos de atención médica.
- Si de parte de esta institución obtiene servicios que se ofrezcan en un centro de atención médica:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos como paciente hospitalizado o en un hospital de enfermería.
 - Debe recibir nuestra autorización antes de ingresar al centro; de lo contrario, **no** se cubrirá su estadía.

Para las estadías en el hospital como paciente hospitalizado, los límites de cobertura de Medicare no se aplican si el hospital está dentro de la red del plan de salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas ortopédicas que un proveedor le ordena para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección hablamos del DME que alquila. En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME serán propietarios del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** será propietario del DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas circunstancias limitadas, le transferimos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para los Miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que necesita presentar.

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

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Si Medicare no cubre su DME, es posible que Medi-Cal lo cubra si es médicamente necesario. Llame a Servicios para los Miembros a fin de obtener más información sobre el DME con cobertura de Medi-Cal.

K2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

Si no era el propietario del DME mientras estaba en nuestro plan, debe realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan **no** cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME bajo Medicare Original **antes** de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores no cuentan para los 13 pagos consecutivos. Debe realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para ser propietario del artículo. No hay excepciones en este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para obtener el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

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

K4. Equipo de oxígeno cuando cambie a Medicare Original

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **deja nuestro plan para cambiarse a Medicare Original**, usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Los pagos del alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

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

- El equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno hasta por 5 años si son médicamente necesarios.

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener el equipo de reemplazo de cualquier proveedor.



- Un nuevo período de 5 años comienza.
- Alquila con un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.



Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y si hay restricciones o límites en esos servicios y cuánto paga por cada servicio. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos bajo nuestro plan. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Nuevos miembros de L.A. Care Medicare Plus: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en L.A. Care Medicare Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en L.A. Care Medicare Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de L.A. Care Medicare Plus. No habrá ningún lapso en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, si tiene alguna pregunta.

Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo.....	56
A1. Durante emergencias de salud pública	57
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios.....	57
C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan.....	57
D. El Cuadro de beneficios de nuestro plan	60
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	106
E1. Programa de Transiciones Comunitarias de California (CCT).....	106
E2. Programa dental de Medi-Cal	106
E3. Atención de hospicio	107
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	108

A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y cuánto paga por cada servicio. Además, puede conocer los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**. En este capítulo también se explican los límites para algunos servicios.

En el caso de algunos servicios, se le cobra un costo de bolsillo llamado copago. Es un monto fijo (por ejemplo, \$5) que usted paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga el copago en el momento en el que obtiene el servicio médico.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para los miembros al número 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

A1. Durante emergencias de salud pública

Como miembro de L.A. Care Medicare Plus, tendrá acceso a sus beneficios durante una emergencia de salud pública o un desastre. Cuando se declare uno de estos eventos, y hasta que el evento finalice, L.A. Care Medicare Plus hará lo siguiente:

- Cubrir los servicios y beneficios fuera de la red a la tarifa que esos servicios y beneficios serían proporcionados por los proveedores de la red
- Renunciar a los requisitos de referencia, cuando corresponda
- Realizar cambios que lo beneficien de inmediato, sin el aviso requerido de 30 días

L.A. Care Medicare Plus puede explicarle los términos y condiciones de pago si vive en una área de desastre y recibe atención de un proveedor fuera de la red durante una emergencia o desastre declarado.

Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

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

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

Usted nunca debe recibir facturas de un proveedor por servicios cubiertos. En caso de que reciba una, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para los Miembros.

C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios le indica qué servicios paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios contenidos en el Cuadro de beneficios cuando se cumplan las siguientes reglas.

- Debemos brindarle los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (como la atención médica, los servicios de cuidado para los trastornos de la conducta y por consumo de sustancias, los Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser "médicamente

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



necesarios". Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que evita que tenga que ir a un hospital o a una residencia de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.

- Debe recibir su atención médica de parte de los proveedores de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, **no** pagamos la atención que recibe de un proveedor fuera de la red. El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* le brinda más información sobre el uso de proveedores de la red y proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o equipo de atención médica que le brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda consultar a un proveedor que no sea su PCP o ir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama referencia. El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* le brinda más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Usted debe recibir su atención de proveedores que están afiliados al grupo médico de su PCP. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.
- Cubrimos algunos servicios que se mencionan en el Cuadro de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le denomina autorización previa. Marcamos los servicios cubiertos en el Cuadro de beneficios que necesitan autorización previa con un asterisco (*).
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de nuestro plan de elegibilidad continua considerada, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
- **Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas.** Si tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
 - Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica



- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática en estado terminal
- Enfermedad renal en estado terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH o SIDA
- Enfermedades pulmonares crónicas
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastorno neurológico
- Derrame cerebral

Usted es elegible según los criterios clínicos calificados de una condición crónica según lo determinado y confirmado por su médico. En algunos casos, también debe participar en uno de los programas y actividades de administración de casos del plan con metas definidas y medidas de resultados.

Nuestro plan ofrece el siguiente beneficio de los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI):

- Alimentos saludables y comestibles
- Servicios domésticos/gas

Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en el Cuadro de beneficios para obtener más información.

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 a un lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

D. El Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un ultrasonido de una sola vez a las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si cuenta con una referencia por parte de su médico, de un asistente médico, de una enfermera con práctica médica o de un enfermero clínico especialista.</p>	<p>\$0</p>
<p>Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mes calendario determinado o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con una duración de 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura, quiropráctica y masaje terapéutico (no cubiertos por Medicare)</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 45 visitas combinadas cada año para servicios de acupuntura, quiropráctica de rutina y masajes terapéuticos que no estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. En la mayoría de los casos, debe usar un proveedor contratado para recibir los servicios cubiertos. Comuníquese con nuestro plan si tiene preguntas sobre cómo usar este beneficio.</p> <p>Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación y examen • acupresión • modalidades y tratamiento terapéutico de los síndromes dolorosos • condiciones musculoesqueléticas • náuseas <p>Los servicios quiroprácticos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación y examen • examen radiológico • terapia de manipulación quiropráctica, modalidades y procedimientos terapéuticos • rehabilitación física para condiciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades con opciones clínicas y de telesalud <p>Los servicios de masaje terapéutico cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de masajes terapéuticos en clínicas que incluyen servicios de evaluación y masajes terapéuticos para el tratamiento de condiciones y lesiones miofasciales y síndromes de dolor musculoesquelético 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol</p> <p>Pagamos una prueba de detección (prueba de detección, evaluación, breve intervención y referencia al tratamiento [Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT]) y consejería para el abuso del alcohol (pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol [Alcohol-Misuse Screening and Counseling, AMSC]) a los adultos que abusan del alcohol pero que no sean dependientes de este. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si su prueba de abuso del alcohol es positiva, puede obtener un máximo de cuatro breves sesiones de consejería personal cada año (si puede y está alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria o proveedor de servicios de salud en un entorno de atención primaria.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de una ambulancia terrestre, servicios de una ambulancia aérea de ala fija (como aviones) y servicios de una ambulancia aérea de ala rotatoria (helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que las otras formas de llegar a un centro de atención médica puedan poner en riesgo su vida o salud. Para otros casos, nosotros tendremos que aprobar los servicios de ambulancia.</p> <p>En los casos en que no sean situaciones de emergencia, podríamos pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que las otras formas de llegar a un centro de atención puedan poner en riesgo su vida o salud.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Pagamos por un examen físico anual cada año. Un examen físico anual incluye un historial médico y antecedentes familiares detallado y una evaluación detallada de la cabeza a los pies con un examen práctico.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Consulta de bienestar anual</p> <p>Debe hacerse un chequeo anual. El propósito es desarrollar o actualizar un plan de prevención con base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta consulta una vez cada 12 meses.</p>	\$0
	<p>Servicios preventivos del asma</p> <p>Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para los causantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.</p>	\$0
	<p>Mediciones de densidad ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (por lo general, una persona en riesgo de perder masa ósea o de desarrollar osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos para que un médico evalúe y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres a partir de los 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y la consejería. Los miembros deben cumplir una serie de condiciones con la referencia u orden de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)*</p> <p>Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. Durante la consulta, su médico podría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablarle del uso de aspirinas; • Tomar su presión arterial; • • Darle consejos para asegurarse de que coma bien. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
 <p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón)*</p> <p>Nosotros pagamos los análisis de sangre para determinar si padece enfermedades cardiovasculares, una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también buscan defectos debido a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
 <p>Pruebas de cáncer cervical y de la vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal dentro de los últimos 3 años y que están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un quiropráctico* Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación <p>Nota: usted pagará todos los costos de otros servicios o pruebas que ordene un quiropráctico (incluidos los rayos X y la terapia de masaje).</p> <p>Consulte la sección: Acupuntura, quiropráctica y masaje terapéutico (no cubiertos por Medicare) para conocer los beneficios adicionales.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal En el caso de las personas mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen con enema de bario) cada 48 meses • Prueba para detectar sangre oculta en las heces, cada 12 meses • Prueba guaiac de sangre oculta en las heces o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses • Examen de detección colorrectal basada en ADN, cada 3 años • Colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses después de haber realizado una sigmoidoscopia) • Colonoscopia (o prueba de detección con enema de bario) para las personas con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, cada 24 meses 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)*</p> <p>Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) es un programa de servicios ambulatorios en un centro al que las personas asisten de acuerdo con un calendario. Proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (como terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla), cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia o el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos los CBAS si cumple los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: si no hay un centro de CBAS disponible, podemos brindarle estos servicios por separado.</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una referencia.</p>	<p>\$0</p>
<p> Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco y quiere o necesita dejarlo (aunque no tenga señales o síntomas de enfermedades relacionadas con este):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas de consejería personal. <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco, o está tomando un medicamento que podría verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos consejerías para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada período de consejería incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si está embarazada, podría recibir asesoría ilimitada con autorización previa para dejar el tabaco.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, las limpiezas, los empastes y las dentaduras postizas, están disponibles a través del programa dental de Medi-Cal o el programa de pago por servicio (fee for service, FFS) de Medi-Cal.</p> <p>Los miembros de L.A. Care Medicare Plus tienen derecho a los beneficios dentales del programa dental de Medi-Cal. Esos servicios incluyen exámenes dentales, limpieza, periodoncia, coronas procesadas en laboratorio, tratamientos del conducto radicular en dientes posteriores y dentaduras postizas parciales con ajustes, reparaciones y revestimientos.</p> <p>El programa dental de Medi-Cal proporcionará hasta \$1,800 en servicios cubiertos por año y posiblemente más si es médicamente necesario o si reside en un centro de enfermería. Si tiene preguntas sobre su cobertura o para obtener ayuda para encontrar un dentista de Medi-Cal en su área, llame al 1-800-322-6384 o TTY: 1-800-735-2922 o visite www.denti-cal.ca.gov.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	<p>\$0</p>



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historia de azúcar alta en la sangre (glucosa) <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y un historial familiar de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, podría ser elegible para hacerse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p>Los miembros con diabetes son elegibles para participar en el programa L.A. Cares About Diabetes®. Este programa está disponible sin costo para los miembros para ayudarlos con el autocontrol de su diabetes.</p> <p>Los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recibirán información sobre la diabetes • recibirán instrucciones sobre cómo crear una cuenta en el portal de bienestar para acceder a recursos adicionales y talleres autodirigidos • podrán inscribirse en el Programa de educación para el autocontrol de la diabetes (Diabetes Self-Management Education, DSME) para recibir educación individualizada en persona o virtual sobre la diabetes 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios a todas las personas que tengan diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre, incluyendo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un monitor de glucosa en sangre ◦ Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre ◦ Dispositivos para lancetas y lancetas ◦ Soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que sufren de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos a la medida (así como las plantillas), además de los ajustes y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario; • ◦ Un par de zapatos profundos, además del ajuste y tres pares de plantillas cada año (no incluyen las plantillas removibles no personalizadas de los zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los Miembros. <p>Los miembros con diabetes son elegibles para participar en el programa L.A. Cares About Diabetes®. Es un programa gratuito que ayuda a los miembros a controlar su diabetes e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Materiales de salud sobre la diabetes – Clases sobre la diabetes para usted y su familia – Enfermeros para: <ul style="list-style-type: none"> • Asesorarlo para que aprenda a controlar los niveles de azúcar en sangre • Revisar sus medicamentos para la diabetes • Guiarlo para que siga una alimentación saludable • Darle consejos para hablar sobre la diabetes con su médico 	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>\$0</p> <p>Servicios para diabéticos y suministros: ^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada servicio o suministro cubierto por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doulas</p> <p>Para las personas que están embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el último capítulo de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Almohadilla de presión seca para colchón • Suministros para la diabetes • Camas ortopédicas ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y poste • Bomba enteral y suministros • Dispositivos de generación del habla • Equipos de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Andadores • Mango curvado estándar o bastón cuádruple y suministros de reemplazo • Tracción cervical (para la puerta) • Estimulador óseo • Equipo de cuidado de diálisis <p>Es posible que se cubran otros artículos.</p> <p>Pagamos todos los DME que sean médicamente necesarios y que, por lo general, Medicare y Medi-Cal pagan. Si nuestro proveedor en su área no maneja una marca o un fabricante específicos, puede preguntarle si podría hacer una orden especial para usted.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada artículo cubierto por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia para artículos de DME utilizados fuera del hogar.</p>	
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>“Atención médica de emergencia” se refiere a servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar que derive en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para la salud o para el niño por nacer; o • Un daño grave a las funciones corporales; o • La disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay tiempo suficiente para trasladar a la miembro de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ El traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la del feto <p>Los servicios de emergencia y requeridos de urgencia están cubiertos en todo el mundo sin autorización previa. Cubriremos hasta \$10,000 en costos por año calendario. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener mayor información.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % (hasta \$95) por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención médica continúe pagándose. Podrá permanecer en el hospital fuera de la red para recibir su atención médica como paciente hospitalizado solo si nuestro plan aprueba su estadía.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o centro de planificación familiar.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y el tratamiento médico • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/DIU, implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, el parche o el aro) • Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) • Asesoría y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados • Asesoría, pruebas y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoría y pruebas del VIH, SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Es necesario que firme un formulario federal de consentimiento para la esterilización en un plazo mínimo de 30 días y un plazo máximo de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoría genética <p>También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye vías artificiales para quedar embarazada.) • Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficio de entrenamiento (SilverSneakers®) L.A. Care Medicare Plus ofrece un beneficio de entrenamiento a través de SilverSneakers®. SilverSneakers® es un beneficio de entrenamiento que puede ayudarlo a mejorar su salud y bienestar con ejercicio regular. SilverSneakers® ofrece acceso a ubicaciones en todo el país donde puede usar equipos y tomar clases de ejercicio en grupo. También ofrece clases en línea y a solicitud para entrenamientos en casa. El movimiento y el ejercicio son esenciales para su salud, y SilverSneakers® le acompaña cualquiera sea la forma en la que decida moverse:</p> <p>En casa o dondequiera que esté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de acondicionamiento físico de SilverSneakers On-Demand™ disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana • Clases y talleres virtuales SilverSneakers Live durante la semana • Aplicación móvil SilverSneakers GO™ con planes de entrenamiento ajustables y más • Clases de SilverSneakers FLEX®, grupos de caminatas y talleres en parques, centros comunitarios y más <p>En ubicaciones participantes de acondicionamiento físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miles de ubicaciones participantes con diversas comodidades • Posibilidad de inscribirse en múltiples ubicaciones en cualquier momento • Clases de SilverSneakers diseñadas para todos los niveles e impartidas por instructores capacitados en acondicionamiento físico para personas mayores <p>En su comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades grupales y clases ofrecidas fuera del gimnasio • Eventos que incluyen comidas compartidas, celebraciones navideñas y eventos sociales en clase <p>Empiece en 3 sencillos pasos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visite el sitio web SilverSneakers.com/StartHere para crear una cuenta en línea. 2. Inicie sesión para ver su número de identificación de miembro y llévelo a una ubicación participante. 3. También puede disfrutar de entrenamientos virtuales en línea a través de su nueva cuenta. <p>Como miembro de SilverSneakers, puede ahorrar miles de dólares en la matrícula de sus seres queridos, simplemente haciendo ejercicio en una ubicación participante de SilverSneakers®. Es fácil y sin costo para usted. Visite SilverSneakers.TuitionRewards.com para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación para la salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas condiciones de salud. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de educación de la salud • Clases de educación nutricional • Programas para dejar de fumar y consumir tabaco; y • Línea de ayuda de enfermería • Las citas en grupo y los talleres de bienestar cuentan con una gran variedad de temas, incluyendo nutrición, prevención de caídas, osteoporosis, salud del corazón, ejercicio para adultos mayores, cuidado de un ser querido con demencia, asma y pre-diabetes. • Asesoramiento telefónico individual con un consejero de salud certificado. • Terapia de nutrición médica con un dietista titulado (con la referencia del PCP). • Materiales de educación de la salud en idiomas y formatos fáciles de leer, como en letra grande. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio que realice su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención médica ambulatoria cuando las recibe de parte de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Si está embarazada o reside en una residencia de reposo, también pagamos los aparatos auditivos, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros y piezas movibles • Reparaciones con un costo de más de \$25 cada uno • Un juego inicial de baterías • Seis visitas posteriores de capacitación, ajustes y colocación con el mismo proveedor de los aparatos para la sordera • Período de prueba de alquiler de los aparatos auditivos 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas condiciones crónicas*</p> <p>Alimentos saludables/comestibles y servicios públicos/tarjeta de combustible flexible</p> <p>Para calificar para la asignación de alimentos saludables y servicios públicos y combustible, debe tener una o más de las siguientes condiciones y participar en un Programa de Administración de la Atención Médica. Debe completar una evaluación de riesgos para la salud y su administrador de atención médica determinará si califica para este beneficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica de alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Enfermedades cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en estado terminal • Enfermedad renal en estado terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA: Enfermedades pulmonares crónicas • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastorno neurológico • Derrame cerebral <p><u>Alimentos saludables y comestibles</u></p> <p>Recibirá una tarjeta de asignación prepagada de \$30 mensuales (no transferible al próximo mes) para comprar alimentos y productos agrícolas a través de nuestro proveedor aprobado. También puede ordenar por teléfono, en línea o recibirlo en su hogar.</p> <p><u>Servicios públicos/tarjeta de combustible flexible</u></p> <p>Recibirá una tarjeta de asignación prepagada de \$30 mensuales (no transferible al próximo mes) para pagar los servicios públicos del hogar (electricidad, gas, combustible para calefacción, sanitario, agua) y combustible a través de nuestro proveedor aprobado.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Pruebas de detección de VIH Pagamos un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección de VIH; o • Tienen un mayor riesgo de infección de VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos un máximo de tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.</p>	<p>\$0</p>
<p>Agencia de atención médica en el hogar* Antes de que pueda obtener servicios médicos en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y se los debe proporcionar una agencia de atención médica en el hogar. Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de asistencia en el hogar (para contar con la cobertura del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y servicios de asistencia en el hogar deben totalizar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana.) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en casa</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en casa, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran por vía intravenosa o se aplican debajo de la piel y se le proporcionan en casa. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, como un antivírico o inmunoglobulina; • Equipo como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en casa que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención médica; • Capacitación y educación para miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en casa y medicamentos de infusión en casa proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en casa. 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos*</p> <p>Usted tiene derecho a elegir servicios de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos que Medicare certifique. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Nuestro plan paga lo siguiente mientras esté recibiendo servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados paliativos de corto plazo • Atención médica en casa <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios con cobertura de la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios con cobertura del plan que la Parte A o B de Medicare no cubra. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga un monto de su costo compartido de nuestro plan por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden ser cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca tienen al mismo tiempo la cobertura de un centro de cuidados paliativos y la de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i>. <p>Nota: si necesita atención que no sea de cuidados paliativos, llame a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. La atención médica que no es de cuidados paliativos es la atención médica que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el centro de cuidados paliativos (solo una vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido este beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por L.A. Care Medicare Plus.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez).</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B por riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, en caso de estar en riesgo, con base en las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.</p> <p>También pagamos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de asistencia en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga hasta 60 horas al año por servicios de asistencia en el hogar que incluyen ayuda con las actividades instrumentales de la vida cotidiana. Estos servicios incluyen orientación técnica, ayuda doméstica ligera, ejercicio y actividad ligeros, servicios de Care Concierge y ayudar a los miembros con el transporte para incluir compras de comestibles, recogida de medicamentos y citas con el médico.</p> <p>La asistencia puede ser en casa o virtual.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada según la necesidad médica) • Alimentos, incluidas las dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades especiales de atención médica, como unidades de cuidados intensivos o coronarios • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de la sala de operaciones y de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino o multivisceral <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare evaluará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, podrá obtener sus servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y usted escoge obtener el trasplante en ese lugar, programamos o pagamos los costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración • Servicios médicos <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Pagamos los servicios de atención de la salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos por los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental de su condado paga los servicios psiquiátricos que sean médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización de la atención médica que exceda los 190 días se coordina con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> ◦ El límite de los 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que obtiene en un Instituto de Enfermedades Mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital u hospital de enfermería (SNF) durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>No pagamos por su hospitalización si no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que recibe mientras está en un hospital o residencias de reposo. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los Miembros.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Rayos X, radioterapia y terapia con isótopos, inclusive los materiales y servicios de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros aparatos para fracturas y dislocaciones • Aparatos prostéticos y ortopédicos, excepto dentales, incluso la sustitución o la reparación de dichos aparatos Son dispositivos que reemplazan la totalidad o parte de: <ul style="list-style-type: none"> ◦ un órgano interno (incluyendo los tejidos contiguos), ● ◦ la función de un órgano interno dañado o inoperable. • Soportes para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; braguero y piernas, brazos y ojos artificiales Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos, según se requieran, debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en su condición. • Terapia física, ocupacional y del habla 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación acerca de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar decisiones acertadas acerca de su atención médica. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y el médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de su <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si ingresa al hospital como paciente hospitalizado para recibir atención especial • Capacitación de autodiálisis, incluida la capacitación para usted y alguien que le ayude en casa con los tratamientos de diálisis. • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos tipos de asistencia a domicilio, como visitas necesarias por determinados trabajadores capacitados en diálisis para verificar su diálisis en casa, ayudar en emergencias, verificar su equipo de diálisis y suministro de agua <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>Servicios de educación de enfermedades renales: \$0</p> <p>Servicios de diálisis: ^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Pruebas de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre los 50 y los 77 años; y • Tiene una visita de asesoría y una cita para tomar una decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • Ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años, sin ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón o si en la actualidad fuma o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor de salud calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de alimentos*</p> <p>Este beneficio está destinado a mantenerlo sano y fuerte después de una estadía en un hospital para pacientes hospitalizados o en un hospital de enfermería (Skilled Nursing Facility, SNF), o por una condición médica o condición médica potencial que requiera que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Su administrador de atención médica o su médico decidirán si necesita este beneficio.</p> <p>Este beneficio proporciona 2 comidas al día por hasta 14 días con un total de 28 comidas entregadas, después del alta.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedades renales sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo refiere o lo ordena su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de consejería personal durante el primer año que usted obtenga servicios de terapia de nutrición médica por parte de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagamos por dos horas de servicios de asesoría personal cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la referencia o la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar cada año la referencia o la orden si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). El propósito del MDPP es ayudarlo a aumentar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de la dieta a largo plazo; y • Aumento de la actividad física; y • Maneras de mantener la pérdida del peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos tienen la cobertura de la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no se administra usted mismo y que se aplican por inyección o infusión mientras recibe servicios médicos o ambulatorios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que utiliza con equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • Factores de coagulación que se administra a sí mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si está inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis Pagamos pro estos medicamentos si no puede salir de su hogar, si tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no se puede inyectar el medicamento usted mismo. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia de pasos: medicare.lacare.org. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> le explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Capítulo 6 de su <i>Manual para Miembros</i> le explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan. 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada servicio cubierto por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica en una residencia de reposo*</p> <p>Una residencia de reposo (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención médica a las personas que no pueden recibir atención médica en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen los siguientes, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada según la necesidad médica) • Alimentos, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, ocupacional y del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención médica (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que las residencias de reposo brindan de manera habitual • Las pruebas de laboratorio que, por lo general, las residencias de reposo brindan • Rayos X y otros servicios de radiología que, por lo general, las residencias de reposo brindan • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que las residencias de reposo brindan de manera habitual • Servicios médicos o de proveedores de servicios de salud • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras • Beneficios para la vista <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica en una residencia de reposo* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición • Atención quiropráctica • Servicios de podología <p>Por lo general, recibe atención médica en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención médica en un centro fuera de nuestra red. Puede recibir atención médica en los siguientes lugares si estos aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de reposo o centro de atención continuada para personas retiradas donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando se brinde atención de enfermería). • Una residencia de reposo donde su cónyuge o pareja de hecho está viviendo en el momento en el que usted salga del hospital. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	
<p> Evaluación de obesidad y terapia para mantener el peso adecuado</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos la asesoría para ayudarle a perder peso. Debe recibir la asesoría en un entorno de atención primaria. De esta manera, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento (OTP) para los opioides*</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por el consumo de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos que se aprobaron por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, la administración y la entrega de estos medicamentos. • Asesoría por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopo) junto con los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros aparatos para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorio <p>Se requiere autorización previa y una referencia, excepto para procedimientos de diagnóstico y servicios relacionados con el COVID-19.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un Departamento de Emergencias o en una clínica de pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como un “paciente hospitalizado”. ◦ A veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ◦ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o paciente ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101 • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que facture el hospital • Atención de la salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con el paciente internado sería necesario sin este • Rayos X y otros servicios de radiología que facture el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Las pruebas de detección y los servicios preventivos se mencionan en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no puede administrarse por sí solo. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental que proporcione un:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatra o un médico con certificación estatal • Psicólogo clínico • Trabajador social clínico • Especialista en enfermería clínica • Enfermera con práctica médica • Asistente médico • Cualquier otro profesional de atención de la salud mental elegible para Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes <p>Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento diurno: con base en los criterios de necesidad médica para los servicios de salud mental especializados • Servicios de rehabilitación psicosocial: con base en los criterios de necesidad médica para servicios de salud mental especializados • Programas ambulatorios de hospitalización parcial o intensiva • Evaluación y tratamiento de la salud mental individual y grupal • Pruebas psicológicas de acuerdo con una recomendación clínica para evaluar un resultado de salud mental • Servicios ambulatorios con el fin de monitorear la terapia con medicamentos • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos ambulatorios • Consultas psiquiátricas <p>Visitas con un profesional de la salud mental usando un teléfono, tableta electrónica o computadora en lugar de ir a la clínica o consultorio</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Pagamos la terapia física, ocupacional y del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de departamentos hospitalarios ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) y otras instituciones. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol • Tratamiento para el abuso de drogas • Asesoramiento grupal o individual por parte de un clínico calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial para la adicción • Servicios para el abuso del alcohol o las drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • Tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (Vivitrol) 	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria* Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios que se brinden en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Proporcionaremos hasta \$150 trimestralmente (cada 3 meses) para usar en artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) aprobados sin receta. Cualquier saldo restante no se transferirá al siguiente trimestre. Puede utilizar este beneficio para solicitar artículos de salud y bienestar de venta libre sin receta, como medicamentos para la tos y el resfriado, vitaminas, analgésicos y vendajes.</p> <p>Se le enviará por correo su tarjeta de asignación de OTC, junto con las instrucciones de activación y un catálogo de OTC.</p> <p>¡Obtener sus artículos es fácil! Puede usar su tarjeta de asignación de OTC para comprar artículos de venta libre sin receta aprobados en la tienda y en las farmacias participantes y ubicaciones minoristas, en línea o por teléfono.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la tienda: puede comprar una variedad de artículos aprobados en Walmart u otros minoristas participantes. Visite lacare.nationsbenefits.com para encontrar una tienda participante cerca de usted. • En línea: visite lacare.nationsbenefits.com para ver una variedad de artículos aprobados. • Por teléfono: revise el catálogo de OTC o visite lacare.nationsbenefits.com para encontrar los productos que desea ordenar. Llame al 1-833-571-7587, TTY 711 y tenga a mano el nombre y los números de identificación de cada producto. <p>¡Tener la aplicación APP Name en su teléfono móvil ayuda mucho! Puede ver el saldo de su cuenta y las transacciones a través de la aplicación. También puede verificar si un producto está aprobado mientras compra en la tienda. Descargue la aplicación gratuita en App Store® o Google Play™.</p> <p>Para obtener información adicional, consulte el catálogo de OTC de 2023. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios parciales de hospitalización*</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención médica que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Le puede ayudar a evitar permanecer en el hospital.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS)*</p> <p>Cobertura para un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias. Un dispositivo de respuesta médica ante emergencias es un dispositivo de emergencia que le brinda una manera fácil de pedir ayuda en cualquier momento. Su administrador de atención médica decidirá si necesita este beneficio.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía que sean necesarios según el criterio médico y que se brinden en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un consultorio médico ◦ Un centro certificado de cirugía ambulatoria ◦ El departamento ambulatorio de un hospital • Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos que administre su proveedor de atención primaria o un especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ciertos servicios de telesalud, incluidos los de resfriados, gripe, tos, infecciones de los senos nasales y del pecho, alergias, piel, fiebres, dolor de garganta e infecciones de oído Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Su PCP o el grupo médico de su PCP puede ofrecer servicios de telesalud. Debe hablar con su proveedor para verificar si ofrecen servicios de telesalud. ◦ Consultas telefónicas: Teladoc proporcionará a los miembros acceso gratuito e ilimitado a consultas telefónicas realizadas por médicos con licencia estatal llamando al 1-800-835-2362 (TTY: 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. ◦ Consultas por video: Teladoc proporcionará a los miembros acceso a consultas de video privadas y seguras proporcionadas por un médico con licencia en el estado donde se encuentra el miembro, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., los 7 días a la semana. (Las consultas por video están disponibles descargando la aplicación Teladoc a su dispositivo móvil). Obtenga la aplicación visitando https://www.teladoc.com/mobile/. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de salud rural y Centros de salud calificados federalmente. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si <ul style="list-style-type: none"> ◦ No es un nuevo paciente; y ◦ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si <ul style="list-style-type: none"> ◦ No es un nuevo paciente; y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ◦ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de someterse a una cirugía <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental no rutinaria Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ◦ Ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos faciales ◦ Tensión de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico ◦ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico 	
<p>Servicios de podología*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología de rutina</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 12 visitas de cuidado de rutina de los pies cada año para servicios de podología no cubiertos por Medi-Cal y Medicare.</p> <p>Cuidado de rutina de los pies incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cortar o eliminar callos y durezas • Recortar, limar y cortar las uñas de los dedos del pie • Higiene u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies 	<p>\$0</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba del antígeno específico de la próstata (prostate specific antigen, PSA) 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prótesis y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan, total o parcialmente, una parte o función del cuerpo. Pagamos los siguientes dispositivos protésicos y posiblemente otros dispositivos que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención médica de colostomía • Nutrición enteral y parenteral, incluidos paquetes de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • Prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que se extirpó o quedó afectada como resultado de una enfermedad, lesión o anomalía congénita • Crema de incontinencia y pañales <p>Además, pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagamos para reparar o reemplazar las prótesis.</p> <p>Ofrecemos cobertura parcial después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Más adelante en este cuadro, consulte "Atención de la vista" para obtener más información.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Para que reciba rehabilitación pulmonar, debe tener una referencia o una orden del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Pagamos servicios respiratorios para los pacientes que dependen de un respirador.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	\$0
	<p>Infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas de detección y asesoría</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que estén en mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas fechas durante el embarazo.</p> <p>También pagamos cada año hasta dos sesiones en persona de asesoría conductual de alta intensidad para los adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben llevarse a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica en un hospital de enfermería (SNF) *</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada según la necesidad médica) • Alimentos, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, ocupacional y del habla • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que brindan los hospitales de enfermería • Las pruebas de laboratorio que brindan los hospitales de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología que proporcionan los hospitales de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas que los hospitales de enfermería brindan de manera habitual • Servicios del médico o el proveedor <p>Por lo general, recibe atención médica en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención médica en un centro fuera de nuestra red. Puede recibir atención médica en los siguientes lugares si estos aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de reposo o comunidad de atención médica continua para jubilados, donde vivía antes de que lo hospitalizaran (siempre y cuando se brinde atención médica de enfermería) • Una residencia de reposo donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted salga del hospital. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)*</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicio supervisado (supervised exercise therapy, SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones a lo largo de un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales en ese período si un proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar constituido por sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicios o entrenamiento terapéuticos para PAD en los miembros que padezcan calambres en las piernas debido a la mala circulación de la sangre (claudicación) • Llevarse a cabo en un ambiente hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean superiores al daño y que estén capacitados en la terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera con práctica médica certificada o un especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de auxilio vital básico y avanzado <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte: transporte médico que no es de emergencia*</p> <p>Este beneficio le da acceso al transporte más rentable y accesible. Esto puede incluir: ambulancia, camioneta con camilla, servicios de transporte médico en camioneta adaptada para silla de ruedas y la coordinación con el paratransito.</p> <p>Los medios de transporte están autorizados cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su condición médica o física no le permite viajar en camión, vehículo de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado; y <p>Según el servicio, se puede requerir una autorización previa.</p> <p>L.A. Care trabaja con su médico a fin de ayudarle a programar el transporte de ida y vuelta que necesita para llegar a los servicios cubiertos de L.A. Care Cal Medicare Plus. Para programar el transporte, es posible que se requiera una solicitud del proveedor y la aprobación de L.A. Care. Para obtener más información sobre sus opciones de transporte y cómo programar un viaje, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Transporte: transporte no médico</p> <p>Este beneficio le da acceso al transporte para los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria, incluidos los viajes a las citas con el médico y para recoger los medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no es de emergencia.</p> <p>L.A. Care puede ayudarle a programar el transporte de ida y vuelta que necesita para llegar a los servicios cubiertos de L.A. Care Medicare Plus. Para obtener más información sobre sus opciones de transporte y cómo programar un viaje, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es atención brindada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un evento que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata; ● • Una enfermedad médica repentina; ● • Una lesión; ● • Una condición que necesita atención médica inmediata. <p>Si necesita atención médica de urgencia, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p> <p>Los servicios de emergencia y requeridos de urgencia están cubiertos en todo el mundo sin autorización previa. Cubriremos hasta \$10,000 en costos por año calendario. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para obtener mayor información.</p>	<p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % (hasta \$60) por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista*</p> <p>Servicios de la vista de rutina</p> <p>Pagamos los servicios de rutina cuando se brindan a través de nuestra red de proveedores de VSP. Visite nuestro directorio de proveedores para encontrar un médico cerca de usted. Los beneficios de rutina incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista una vez al año y • Hasta \$500 en anteojos (marcos y cristales) o hasta \$500 en lentes de contacto cada dos años. <p>Servicios cubiertos por Medicare*</p> <p>Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Esto incluye, por ejemplo, los exámenes de la vista anuales para la detección de la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento para la degeneración macular que se relaciona con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, pagamos una prueba de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años o más • Estadounidenses hispanos de 65 años o más <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata cuando el médico inserte una lente intraocular.</p> <p>Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, deberá obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.</p>	<p>Servicios de rutina: \$0</p> <p>^ Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20 % por cada visita cubierta por Medicare.</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

^Basado en su elegibilidad para Medi-Cal

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” de una sola vez. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación de su salud; • Educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas y vacunas); y • Referencias a otro tipo de atención médica si la necesita. <p>Nota: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por servicio de Medicare Original o MediCal.

E1. Programa de Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa de Transiciones Comunitarias de California (California Community Transitions, CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios de Medi-Cal elegibles que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos a hacer la transición de regreso y a vivir seguros en un entorno comunitario. El programa de CCT financia los servicios de coordinación para la transición durante el período de pretransición y los 365 días posteriores a la transición a fin de ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

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

Para los servicios de coordinación para la transición de CCT

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

Para servicios que no están relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura a nosotros por sus servicios. Nuestro plan paga los servicios que le proporcionen después de su transición. Usted no pagará nada por estos servicios.

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

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

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

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

E2. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles por medio del programa Dental de Medi-Cal; incluye, pero no se limita a, servicios tales como:

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Exploraciones iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con flúor
- Restauraciones y coronas
- Tratamiento de conducto radicular
- Dentaduras, ajustes, reparaciones y rebasados

Hay beneficios dentales disponibles en el programa dental de Medi-Cal con pago por servicio. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el programa dental de Medi-Cal, llame a la línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa de servicios dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en dental.dhcs.ca.gov/ para obtener más información.

Además del programa dental de Medi-Cal con pago por servicio, usted puede obtener beneficios dentales por medio de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información acerca de los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o desea cambiar de plan dental, comuníquese a Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

E3. Atención de hospicio

Usted tiene derecho a elegir servicios de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos que Medicare certifique. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios que se encuentra en la **Sección D** para obtener más información acerca de lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

En el caso de los servicios que proporciona el centro de cuidados paliativos y los servicios con cobertura de la Parte A o B de Medicare respecto a su pronóstico terminal

- El proveedor del centro de cuidados paliativos factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios que proporcione el centro de cuidados paliativos en relación con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal (excepto la atención médica de emergencia o atención médica de urgencia)

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios con cobertura de la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Para medicamentos que pueden ser cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca tienen al mismo tiempo la cobertura de un centro de cuidados paliativos y la de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Nota: si necesita atención que no sea de cuidados paliativos, llame a su coordinador de atención médica para coordinar los servicios. La atención que no es de cuidados paliativos es la atención médica que no está relacionada con su pronóstico terminal.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

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

La lista a continuación describe algunos de los servicios y artículos que no cubriremos en ninguna circunstancia. Algunos están excluidos únicamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otra sección de este *Manual para Miembros*), excepto bajo las condiciones específicas que se mencionan. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si piensa que nuestro plan debe pagar un servicio que no esté cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones que se describen en el Cuadro de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Los servicios que se considera que no son “razonables ni médicamente necesarios” de acuerdo con los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos
- Medicamentos, tratamientos, artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica que apruebe Medicare o nuestro plan los cubra Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los artículos y tratamientos experimentales son los que, por lo general, la comunidad médica no acepta.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- Enfermeras privadas

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Artículos personales en su habitación del hospital o de la residencia de reposo, como teléfono o televisión
- Atención de enfermería de tiempo completo en su casa
- Tarifas que cobran los miembros de su familia o sus parientes directos
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios para mejoras (se incluye bajar de peso, crecimiento del pelo, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienviejecedores y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- Cirugía estética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento para igualar el otro seno.
- Calzado ortopédico, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo de dicho aparato o que el calzado sea para una persona con pie diabético
- Aparatos de apoyo para el pie, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie por la diabetes
- Exámenes de audición periódicos, aparatos auditivos o exámenes para ajustarlos
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la visión deficiente
- Modificación de los procedimientos de esterilización y anticonceptivos no recetados
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- Servicios que se proporcionan a los veteranos en las instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano de guerra recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted seguirá siendo responsable de sus montos del costo compartido.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le prescribe y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Se incluyen los medicamentos con cobertura de la Parte D de Medicare y Medi-Cal. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o una residencia de reposo.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectados que se le administran durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

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

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe hacer su receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Con frecuencia, esta persona será su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo refiere para su atención médica.
2. La persona que recetó el medicamento **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid, la lista de exclusión de Medicaid del estado y la lista sancionada por el estado o cualquier lista de Medicaid Estatal similar.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia que está dentro de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al hacer una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
 - Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Medicamentos de los Estados Unidos o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarlo a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.



Índice

A. Cómo surtir sus recetas	113
A1. Surtir sus recetas en las farmacias de la red	113
A2. Usar su tarjeta de identificación del plan cuando surta una receta	113
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	113
A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red	113
A5. Usar una farmacia especializada	114
A6. Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	114
A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	115
A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	116
A9. Reembolsarle por un medicamento recetado.....	116
B. Lista de medicamentos de nuestro plan.....	117
B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos	117
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos	117
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos.....	118
B4. Niveles de costo compartido para la Lista de medicamentos	119
C. Límites de algunos medicamentos.....	119
D. Razones por las cuales sus medicamentos podrían no estar cubiertos	121
D1. Obtener un suministro temporal	121
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	123
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	125
F1. En un hospital o un hospital de enfermería para una estadía que cubre nuestro plan	125
F2. En un centro de atención médica a largo plazo.....	125
F3. En un programa de cuidados paliativos que Medicare certifique	125
G. Programas acerca de la seguridad y el manejo de los medicamentos	126
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de forma segura	126
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....	126
G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides.....	127



A. Cómo surtir sus recetas

A1. Surtir sus recetas en las farmacias de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acuerda surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los Miembros.

A2. Usar su tarjeta de identificación del plan cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación del plan** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento recetado con cobertura. Al momento de recoger su medicamento recetado, es posible que usted tenga que pagarle un copago a la farmacia.

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

Si no tiene su tarjeta de identificación del plan o BIC al momento de surtir su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, quizá tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja. Luego puede pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar. **Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten que la farmacia emita un suministro de no menos de 72 horas de la receta que necesita en caso de emergencia. Comuníquese con Servicios para los Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitar que le reembolsemos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para los Miembros.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede solicitar que un proveedor le haga una nueva receta o pedir que su farmacia transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan resurtidos.

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

A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que encontrar una nueva farmacia de la red.

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

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



A5. Usar una farmacia especializada

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

- Las farmacias que suministran los medicamentos para terapia de infusión en el hogar
- Las farmacias que surten medicamentos para residentes de un centro de atención médica a largo plazo, como en una casa de reposo
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención médica a largo plazo, aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo no pertenece a nuestra red o si tiene dificultades para acceder a los beneficios de medicamentos en un centro de atención médica a largo plazo, comuníquese a Servicios para los Miembros
- Las farmacias que sirven a los programas de Servicios de Salud para Indígenas, programas de Salud para Indígenas Urbanos o en Tribus. Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que surten medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) a ciertos lugares o que requieren manejo extraordinario, coordinación entre proveedores o educación acerca de su uso. (Nota: Este escenario ocurre muy raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los Miembros.

A6. Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una condición médica crónica o de largo plazo.

Nuestro servicio de pedidos por correo del plan permite que ordene por lo menos un suministro de 30 días del medicamento y para no más de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web en medicare.lacare.org/ o comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para obtener más información.

Por lo general, una receta de pedidos por correo le llega en un plazo de 14 días.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Debe ponerse en contacto con el médico que le dio la receta a fin de pedirle una de corto plazo para cubrir el período hasta que llegue el medicamento que pidió por correo.

Procesos de pedidos por correo

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

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega de manera automática las nuevas recetas que reciba de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o después.

- Esto le da una oportunidad para asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (esto incluye la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

3. Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo

Para los resurtidos, comuníquese con la farmacia 21 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Infórmele a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes del envío. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus para informarnos cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted.

A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que se encuentren en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo.

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



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

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

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

Por lo general, pagaremos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no pueda utilizar una farmacia de la red.

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

- si el medicamento con cobertura de la Parte D está relacionado con la atención de una emergencia médica
- si un medicamento particular con cobertura de la Parte D (por ejemplo, un medicamento sin interés comercial o de otra especialidad farmacéutica que por lo regular envían directamente los fabricantes o proveedores especiales) no se vende de manera habitual en las farmacias de la red de venta al público o de pedidos por correo
- si una farmacia en una institución dispensa un medicamento con cobertura de la Parte D mientras el miembro es paciente en un departamento de emergencia, en la clínica de un proveedor, en cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio
- durante cualquier desastre federal u otra emergencia de salud pública en la que se evacúe a un miembro o se desplace de su lugar de residencia
- En situaciones de emergencia en las que el miembro no pueda usar una farmacia de la red, pagaremos un suministro único de 30 días de medicamentos genéricos. Para medicamentos de marca, pagaremos un suministro único de 30 días. En estos casos, primero verifique con Servicios para los Miembros a fin de saber si hay una farmacia cercana de la red.

En estos casos, primero verifique con Servicios para los Miembros a fin de saber si hay una farmacia cercana de la red.

A9. Reembolsarle por un medicamento recetado

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tiene que pagar el costo total, en lugar de un copago, cuando le envíen su medicamento recetado. Puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar.

Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Alternativamente, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le reembolse el dinero presentando el reclamo de "Reembolso de gastos de bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Se puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: [Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/home/](https://www.Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/home/).

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.



B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

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

En general, cubrimos un medicamento que esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan cuando usted siga las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual que los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y tienen la misma eficacia. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos

Para conocer si un medicamento que toma se encuentra en nuestra Lista de medicamentos:

- Vea la Lista de medicamentos más actualizada que le enviamos por correo.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Visite el sitio web de nuestro plan en medicare.lacare.org/. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los Miembros para conocer si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de medicamentos porque la ley no permite que los cubramos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos. Si se recetó un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, sus necesidades de medicamentos recetados siempre se evaluarán según las políticas de cobertura de nuestro plan, así como las reglas de cobertura de Medicare.

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

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compró fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) debe aprobar el uso del medicamento o ciertas referencias médicas deben respaldarlo como un tratamiento para su condición. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su condición, a pesar de que no se haya aprobado para el tratamiento de la condición. A esto se le llama “uso no incluido en la etiqueta”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos que se receten para un uso no incluido en la etiqueta.

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

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



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que indica que usted debe someterse a pruebas o servicios brindados solo por ellos.

B4. Niveles de costo compartido para la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cinco (5) niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que por lo regular son del mismo tipo (por ejemplo: medicamentos de marca, genéricos o de venta libre [OTC]). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

- Nivel 1 (nivel más bajo): medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: (nivel más alto): medicamentos de especialidad

Para conocer en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos.

En el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* se indica el monto que usted pagará por medicamentos en cada nivel de costo compartido.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras reglas fomentan que obtenga un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona con la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor debe tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.

Por ejemplo, tal vez su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionarnos resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor cree que nuestra regla no debe aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos permitirle o prohibirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

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



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

En general, los medicamentos genéricos funcionan igual que los medicamentos de marca, pero suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando haya disponible una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico o los otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no funcionan para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.

2. Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. Si no recibe la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Primero debe tratar de usar un medicamento diferente

En general, queremos que pruebe los medicamentos de costo más bajo que son igual de eficaces antes de cubrir los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, pero el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que exijamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** funciona para usted, cubrimos el medicamento B. A esto se le llama terapia de pasos.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de ellos. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que surte su receta.

Para conocer si alguna de las reglas anteriores se aplica al medicamento que toma o desea tomar, revise nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los Miembros o visite nuestro sitio web en medicare.lacare.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre esto, consulte la sección E en el Capítulo 9.



D. Razones por las cuales sus medicamentos podrían no estar cubiertos

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos evaluado en cuestión de seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales sobre la cobertura del medicamento. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubren nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el médico que recetó el medicamento tal vez desee solicitarnos una excepción.

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

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle el suministro temporal de un medicamento cuando no esté en nuestra Lista de medicamentos o cuando se limite de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - Ya no está en nuestra Lista de medicamentos; ●
 - Nunca estuvo en nuestra Lista de medicamentos; ●
 - Ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
 - Era miembro de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos el suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionarle un suministro de medicamentos hasta por un máximo de 30 días. Deberá surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Es posible que las farmacias de cuidado a largo plazo le proporcionen su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el derroche.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Usted es nuevo miembro en nuestro plan.
 - Cubrimos el suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionarle un suministro de medicamentos hasta por un máximo de 30 días. Deberá surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Es posible que las farmacias de cuidado a largo plazo le proporcionen su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el derroche.
- Ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta es por menos días. Estas cantidades son adicionales al suministro temporal antes mencionado.
 - Quizás experimente un cambio en el nivel de atención médica que recibía o se le puede pedir que vaya (se cambie) de un centro de tratamiento a otro. Existen excepciones (casos especiales) si pasa por un cambio en el nivel de atención médica que estuvo recibiendo. Si sufre un cambio en el nivel de atención médica, L.A. Care Medicare Plus cubrirá un suministro temporal de 30 días (a menos que tenga una receta que sea por menos días).
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para los Miembros.

Cuando recibe el suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir lo que harán cuando acabe el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para los Miembros a fin de pedir una lista de medicamentos que cubrimos para el tratamiento de la misma condición médica. La lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar los medicamentos cubiertos que puedan funcionar para usted.
-
- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para que se haga una excepción, este puede ayudarle a solicitar dicha excepción.

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



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para los Miembros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación. (Para obtener más información sobre esto, consulte la sección E en el Capítulo 9).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en su cobertura de medicamentos ocurre el 1° de enero. Sin embargo, es posible que agreguemos o quitemos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos a lo largo del año. También podremos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir solicitar o no solicitar la aprobación previa de un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento)
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad)
- Agregar o cambiar restricciones de terapia de pasos en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento)

Para obtener más información sobre estas reglas para los medicamentos, consulte la **Sección C**.

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

- Salga al mercado un nuevo medicamento más económico que funcione tan bien como un medicamento incluido en la Lista de medicamentos ahora, **o**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro; **o**
- Un medicamento sea retirado del mercado.

Para obtener más información sobre qué pasa cuando nuestra Lista de medicamentos cambia, siempre puede:

- Consulte nuestra Lista de medicamentos actual en línea en medicare.lacare.org/ **o**
- Llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de medicamentos actual.

Algunos cambios en nuestra Lista de medicamentos se realizan **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Hay un nuevo medicamento genérico disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como un medicamento incluido en nuestra Lista de medicamentos ahora. Cuando esto suceda, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted deberá pagar por el medicamento nuevo sigue siendo el mismo o será inferior.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Al agregar el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca incluido en la lista, pero que cambiemos las reglas o los límites para la cobertura de ese medicamento.

- Es posible que no podamos avisarle antes de realizar este tipo de cambios, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que suceda.
- Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviamos un aviso con las medidas que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante de un medicamento retira el medicamento del mercado, lo eliminamos de nuestra Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo hacemos saber. Si recibe alguna de estas cartas, consulte con su médico para encontrar otro medicamento que sea seguro para usted.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.

Le informamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de medicamentos. Estos cambios podrían realizarse si:

- La Food and Drug Administration, FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento;
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo al mercado, **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca incluido en nuestra Lista de medicamentos, **o**
 - Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, hacemos lo siguiente:

- Informarle al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra Lista de medicamentos, **o**
- Informarle y darle un suministro de 30 días del medicamento después de solicitar un resurtido.

Esto le proporciona tiempo para consultar con su médico u otra persona que recetó el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en nuestra Lista de medicamentos, puede tomarlo en su lugar, **o**
- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma que no le afecten ahora.

Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si ingresa al hospital o a un hospital de enfermería para una estadía que nuestro plan cubra, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del hospital de enfermería, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

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

F2. En un centro de atención médica a largo plazo

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

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer si la farmacia del centro de cuidados a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los Miembros.

F3. En un programa de cuidados paliativos que Medicare certifique

Los medicamentos nunca tienen al mismo tiempo la cobertura de un centro de cuidados paliativos y la de nuestro plan.

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite un medicamento contra el dolor, las náuseas, laxantes o contra la ansiedad que su centro de cuidados paliativos no cubra porque no está relacionado con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que recetó el medicamento o de su proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar retrasos en la recepción de algún medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedir a la persona que le recetó el medicamento o al proveedor del centro de cuidados paliativos que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro de cuidados paliativos.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

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

G. Programas acerca de la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores o medicamentos que:

- Podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento con el mismo efecto;
- Podrían no ser seguros para su edad o género;
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo;
- Podrían tener ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Podrían tener cantidades inseguras de medicamentos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos recetados, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Puede tomar medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o está en un programa de administración de medicamentos para ayudarle a usar sus medicamentos opioides de manera segura. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, por medio de un programa de Gestión de Terapias con Medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una evaluación exhaustiva de todos sus medicamentos y le hablará sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el máximo beneficio de sus medicamentos
- Cualquier inquietud, como los costos de los medicamentos y las reacciones a estos
- La mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego, ellos le darán:

- Un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Sería buena idea que programara su evaluación de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, así puede hablar con el médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

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

Los programas de gestión de terapias con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que encaje con sus necesidades, lo inscribimos y le enviamos la información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

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

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que con frecuencia se usan indebidamente. El programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que recibe de más de un médico o farmacia o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurar que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al colaborar con sus médicos, si decidimos que no es seguro el uso de su medicamento opioide recetado o de sus medicamentos con benzodiazepinas, podemos limitar la manera en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que usted reciba todas las recetas para esos medicamentos de una determinada farmacia o de un determinado médico
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si creemos que una o más limitaciones deben aplicársele, le enviamos una carta con anticipación. La carta explica las limitaciones que pensamos deben aplicarse.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted tenga la oportunidad de responder, le enviamos otra carta que confirme las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, no está de acuerdo con que esté en riesgo de un uso indebido de medicamentos recetados, o si no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que recetó el medicamento pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una decisión por escrito. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener



más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

El DMP puede no aplicarse a usted si:

- Tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- Recibe servicios de cuidados paliativos o atención médica del final de la vida, ●
- Vive en un centro de atención médica a largo plazo.



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

Introducción

En este capítulo se explica lo que usted pagará por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare; **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos en Medi-Cal Rx; **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos en nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Le enviamos por separado el documento llamado “Complemento a la Evidencia de cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también conocido como “complemento al subsidio por ingresos bajos” o el “Complemento al subsidio por ingresos bajos [Low Income Subsidy Rider, LIS]”), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros y solicite el “Complemento al LIS”.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. A la Ayuda Adicional también se le llama “subsidio por ingresos bajos” (Low-Income Subsidy, LIS).

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

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

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos la “Lista de medicamentos”. Le informa:
 - Qué medicamentos pagamos;
 - En cuál de los (5) niveles de costo compartido se encuentra cada medicamento
 - Si existen límites para los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra Lista de medicamentos, llame a Servicios para los Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web en medicare.lacare.org.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por L.A. Care Medicare Plus. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También le dice qué tipo de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*
 - En la mayoría de los casos, usted deberá utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son las farmacias que acuerdan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	132
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos	133
C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	134
D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial	134
D1. Sus opciones de farmacia	134
D2. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	135
D3. Lo que usted paga	135
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	137
E. Etapa 2: La etapa de cobertura de gastos excedentes	137
F. Los costos por sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes	137
G. Asistencia con el costo compartido de medicamentos para personas con VIH/SIDA	138
G1. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)	138
G2. Si no está inscrito en ADAP	138



G3. Si está inscrito en ADAP	138
H. Vacunación.....	138
H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	139
H2. Lo que pagará por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	139



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos recetados. Mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados.
- Sus **costos totales por medicamento**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando obtenga medicamentos recetados por medio de nuestro plan, le enviaremos un resumen que se llama *Explicación de Beneficios* de la Parte D. La Explicación de Beneficios de la Parte D le informa la cantidad total que usted, otra persona en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes que se usa el beneficio de la Parte D. Lo llamamos la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D para abreviar. La EOB de la Parte D tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió. Muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted u otros pagaron en su nombre.
- **Información del último año**. Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales que se efectuaron desde el 1.º de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que recetó el medicamento para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no estén cubiertos en Medicare.

- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (Medi-Calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos y los pagos que hace, utilizamos los documentos que recibimos de usted y de su farmacia. Puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación del plan.

Muestre su tarjeta de identificación de L.A. Care Medicare Plus cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos que usted pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Estas son algunas ocasiones en las que deberá enviarnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
- Cuando pague un copago por los medicamentos como parte de un programa de asistencia al paciente de una compañía farmacéutica.
- Cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando pague el precio completo de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.

3. Envíenos información acerca de los pagos que otros han hecho en su nombre.

Los pagos que realicen ciertas personas y organizaciones también contarán para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que haga un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia contarán para sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura de gastos excedentes. Una vez que alcanza la etapa de cobertura de gastos excedentes, nuestro plan pagará todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB de la Parte D por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay algo incorrecto o que falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros. Guarde estas EOB de la Parte D. Son un registro importante de sus gastos por medicamentos.



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

Hay dos etapas de pago de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. Lo que usted pague dependerá de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta un medicamento. Estas son las dos etapas:

Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
<p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p>	<p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare</p>

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago dependerá del nivel de costos compartidos en el que se encuentra el medicamento y del lugar donde lo obtenga.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para conocer los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$10.35 o \$20. Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. El copago es de \$0 a \$10.35 o \$47. Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de marca no preferidos. El copago es de \$0 a \$10.35 o \$100. Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de especialidad. El copago es de \$0 a \$10.35 o 25% de coseguro. Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que pague por un medicamento dependerá de dónde lo obtenga:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



En casos limitados, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para saber cuándo cubrimos esas recetas.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Para algunos medicamentos, podrá obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro extendido”) cuando surta la receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si sus costos por medicamentos cubiertos están por debajo del copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para los Miembros para conocer el monto de su pago compartido para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando compra un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento recetado de:

	Una farmacia de la red un suministro de un mes o de hasta 100 días	Uso del servicio de pedidos por correo del plan un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de atención médica 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 está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



	Una farmacia de la red un suministro de un mes o de hasta 100 días	Uso del servicio de pedidos por correo del plan un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de atención médica 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 está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$0 a \$10.35 o \$20 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$20 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$20 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$20 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Costo compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$0 a \$10.35 o \$47 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$47 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$47 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$47 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos)	\$0 a \$10.35 o \$100 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$100 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$100 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o \$100 Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Costo compartido Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	\$0 a \$10.35 o 25% de coseguro Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o 25% de coseguro Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o 25% de coseguro Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	\$0 a \$10.35 o 25% de coseguro Su copago depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

Para obtener información sobre las farmacias que pueden surtirle suministros de largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo llegue a \$7,400. En ese momento comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Cubrimos todos sus costos por medicamentos a partir de entonces y hasta que finalice el año.

Sus reportes de Explicación de Beneficios (EOB) le ayudan a llevar la cuenta de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si llega al límite de \$7,400. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La etapa de cobertura de gastos excedentes

Cuando llega al límite de gastos de bolsillo de \$7,400 por sus medicamentos recetados, comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Usted permanece en la etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, nuestro plan paga todos los costos por sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos por sus medicamentos si su 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, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee pedir a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que causa graves efectos secundarios).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tiene que pagar por el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que usted paga se basa en el número de días del medicamento que reciba. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.

- Por ejemplo: digamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es de un poco menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago es un poco menos de \$.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total menos de \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento le funcione antes de que pague un suministro de un mes.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- También puede solicitar a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes, para ayudarlo a:
 - planificar de mejor manera cuándo resurtir sus medicamentos;
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, **y**
 - tener que ir menos veces a la farmacia.

G. Asistencia con el costo compartido de medicamentos para personas con VIH/SIDA

G1. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia con el costo compartido de medicamentos por medio de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California, para las personas inscritas en el ADAP.

G2. Si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web del ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Si está inscrito en el ADAP

El ADAP puede continuar proporcionando a los clientes del programa la asistencia con el costo compartido de medicamentos de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Con el fin de asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador local de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el lugar de inscripción del ADAP o el trabajador de inscripción más cercano, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web indicado anteriormente.

H. Vacunación

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

1. La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces su médico puede aplicarle la vacuna en forma de inyección.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



H1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Recomendamos que llame a Servicios para los Miembros si planea recibir una vacuna.

- Podemos decirle cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red acuerdan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no tenga que pagar ningún costo por adelantado por una vacuna de la Parte D.

H2. Lo que pagará por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que pague por una vacuna dependerá del tipo de vacuna (para lo que lo estén vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.
- Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Tal vez tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

Las siguientes son tres formas comunes en las que puede recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare y se la aplican en una farmacia de la red.
 - Usted paga un copago por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico le aplica la inyección.
 - Usted paga un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de aplicarle la inyección.
 - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sabe que usted solo tiene que pagar un pago compartido por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le apliquen la inyección.
 - Usted paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de aplicarle la inyección.

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información llame a Servicios para los Miembros.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de la cuenta que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar que la paguemos. También le dice cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos	141
B. Enviarnos una solicitud de pago	143
C. Decisiones de cobertura	143
D. Apelaciones	144



A. Solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturar al plan de salud por los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red trabaja con el plan de salud. **Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no pague la factura y envíenosla.** Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y ya pagó más de su parte del costo, la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para los Miembros si tiene preguntas. Si no sabe lo que debió haber pagado, o si recibió una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamar si desea proporcionarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención de emergencia o requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4 en la página 43.

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si pagó el monto total al recibir la atención médica, solicítenos un reembolso por la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole que pague por algo que usted cree que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.
 - Si el proveedor debe recibir un pago, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre nos deben facturar a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando reciba servicios o medicamentos recetados. La facturación incorrecta o inadecuada ocurre cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de nuestro costo compartido por los servicios. **Llame a Servicios para los Miembros si recibe alguna factura. No pague la factura.**

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando obtiene los servicios que



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más que este monto. Esto se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos de los cargos, usted no los paga.

- Cada vez que reciba una cuenta de un proveedor de la red que cree que es más de lo que debe pagar, envíenos la cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero siente que pagó más de lo necesario, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Devolveremos el dinero por sus servicios cubiertos o por la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto adeudado bajo nuestro plan.

3. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted tiene que pagar el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total por una receta debido a que no lleva su tarjeta de identificación del plan

Si no lleva su tarjeta de identificación del plan, le puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del plan.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta por un medicamento que no está cubierto

Quizás tenga que pagar el costo total de la receta debido a que el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) en nuestro sitio web; o puede tener un requisito o restricción de los que usted no está enterado o que no cree que le corresponda. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo completo.
 - Si no paga el medicamento, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otra persona que recetó el medicamento piensan que



necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico o de la otra persona que recetó el medicamento para poder reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento deben cubrirse. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe cubrirse, pagamos la parte que nos corresponde del costo.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de los pagos que hizo. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que giró o un recibo del proveedor. **Es buena idea hacer una copia de la cuenta y de los recibos para sus archivos.** Puede pedirle ayuda a su administrador de atención médica.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier cuenta o recibo a la siguiente dirección:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Appeals & Grievances Department
1055 West 7th Street 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

También puede llamarnos para solicitar el pago. Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Debe presentarnos su reclamo en un plazo de 60 días después de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que usted debe pagar.

- Le informamos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted sigue todas las reglas para obtenerlos, pagamos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por la parte que nos

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



corresponde del costo. Si aún no ha pagado, le pagamos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* explica las reglas para obtener sus servicios cubiertos. El **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explica sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al negarle la solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos detallados y plazos. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*:

- Para presentar una apelación para que le hagan un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación para que le hagan un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	146
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	156
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	157
C1. Cómo protegemos su PHI.....	158
C2. Su derecho de ver sus expedientes médicos.....	158
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información.....	159
E. La imposibilidad de los proveedores de la red a facturarle directamente.....	160
F. Su derecho a dejar nuestro plan	160
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	160
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	160
G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase	161
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	162
H. Su derecho de presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	162
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	162
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	163



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Interpreting services are available. To get an interpreter, just call us at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can get this information free in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese. To obtain materials in one of these alternative formats, please call or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- If you want to receive materials, including new materials, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format, call Member Services at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.

A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta a servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como en letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de forma gratuita en árabe, armenio, camboyano (Khmer), chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalog y vietnamita. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1055 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- Si desea recibir los materiales, incluyendo los nuevos materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- 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 la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

A. Ծառայություններ և եղելություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հարմար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հարմար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով, Բրեյլի լեզվով կամ ձայնագրությամբ: Այս տեղեկությունները կարող եք անվճար ստանալ արաբերենով, հայերենով, կամբոջերենով (քմեր), չինարենով, պարսկերենով, կորեերենով, ռուսերենով, իսպաներենով, տագալոգերենով և վիետնամերենով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1055 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- Եթե այժմ և ապագայում ցանկանում եք ստանալ նյութերը, ներառյալ նոր նյութերը, անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Զանգն անվճար է:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք՝ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមសម្រូវការ

យើងត្រូវធានាថាគ្រប់ សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកគឺស្របតាមវប្បធម៌ និងក្នុងឥរិយាបថដែលអ្នកអាចទាក់ទងបាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជាងៗរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មប្រែភាសាដើម្បីឆ្លើយតបអ្នកជាមួយភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាកម្មប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមខលយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់សម្ភារៈជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាច្រើនទម្រង់ ដូចជា ព្រីនអក្សរធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសម្លេងជាដើម។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេរិកកម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈនៅក្នុងទម្រង់ណាមួយ សូមខលឬសរសេរទៅកាន់៖

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1055 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានសម្ភារៈ រួមទាំងសម្ភារៈថ្មី ក្នុងពេលនេះនិងពេលអនាគត ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ណាមួយ សូមខលទៅកាន់សេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។ ការហៅគឺឥតគិតថ្លៃ
- សមាជិកមានសិទ្ធិក្នុងការផ្តល់ការណែនាំ ទាក់ទងនិងសិទ្ធិសមាជិកនិងគោលការណ៍ទំនួលខុសត្រូវរបស់អង្គការផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើង ពីព្រោះបញ្ហាភាសា ឬភាពអសមត្ថភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងសូមខលទៅកាន់៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនៃ Medi-Cal 1-916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی دیگر غیر از انگلیسی و به صورت‌های دیگر مانند چاپ درشت، بریل یا فایل صوتی برای شما فراهم کند. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیری)، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید. برای دریافت منابع در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید یا بنویسید:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
90017 Los Angeles, CA

- اگر می‌خواهید مطالب و بروشورهای مربوطه، از جمله مطالب جدید را، اکنون یا در آینده، به زبانی غیر از زبان انگلیسی یا به سایر فرمت‌ها دریافت کنید، می‌توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با خدمات مشتریان به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- اعضاء حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) : می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره خدمات بهداشتی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 1-916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 모든 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 영어 외의 다른 언어로 작성된 자료를 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 제공하기도 합니다. 이러한 정보는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어와 베트남어 버전으로 무료 제공됩니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 전화 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1055 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- 지금이든 앞으로든 신규 자료를 포함한 여러 가지 자료를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스에 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 통화료는 무료입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24시간, 연중무휴 언제든지 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 1-916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках и в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиозапись. Данные материалы можно получить бесплатно на испанском, армянском, камбоджийском (кхмерском), фарси, корейском, русском, тагальском, традиционном китайском, вьетнамском или арабском языках. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
 Attn: Member Services Department
 1055 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017

- Если вы хотите сейчас или в будущем получать материалы, включая новые, на вашем языке или в удобном для вас формате, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии ТТУ следует звонить по телефону 1-877-486-2048.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Пользователям линии ТТУ следует звонить по телефону: 1-800-537-7697.
- в программу Medi-Cal, Управление по гражданским правам, по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить по телефону 711.

A. Ang inyong karapatang makatanggap ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraan na naiintindihan ang kultura at naa-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Upang kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Ang aming plano ay makakapagbigay din sa inyo ng mga materyal sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking letra, braille, o audio. Maaari ninyong makuha ang impormasyong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, at Vietnamese. Para makakuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Kung gusto ninyong makatanggap ng mga materyal, kabilang ang mga bagong materyal, ngayon at sa hinaharap, nang nasa wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Libre ang pagtawag.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng Estados Unidos, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan ng Medi-Cal para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本以及像是大字版、盲文版或語音版格式的資料。您可免費取得本資訊的阿拉伯文版、亞美尼亞文版、柬埔寨文版（高棉文版）、中文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版及越南文版。如與取得上述其中一種替代格式的資料，請致電或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 如果您希望立即並在日後取得英文以外之其他語言版本或其他格式的資料（包括新資料），請致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。上述電話均為免費。
- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 1-916-440-7370。TTY 使用者請致電 711。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng những hình thức khác như bản in chữ khổ lớn, chữ nổi braille hoặc băng đĩa thu âm. Quý vị có thể lấy thông tin này miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Ac-mê-ni-a, tiếng Cam-pu-chia (tiếng Khmer), tiếng Hoa, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt. Để lấy tài liệu bằng một trong những hình thức này, vui lòng gọi hay viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Ngay bây giờ hay trong tương lai, nếu quý vị muốn nhận được tài liệu bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc bằng một hình thức khác, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY nên gọi 1-877-486-2048.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi 1-800-537-7697.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

A. حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أَحْتِيَاجَاتِكَ

يجب أن نتأكد من تقديم كافة الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافياً ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
 - خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
 - وتمنحك خطتنا المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو ملفات صوتية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية (الخميرية) والصينية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية. للحصول على مواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى:
- L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
7th Street 1055 West
90017 Los Angeles, CA
- إذا كنت ترغب في تلقي المواد بما في ذلك المواد الجديدة، الآن وفي المستقبل، بلغات غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق آخر، يُرجى اتصل مع خدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية.
 - يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:
- برنامج Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
 - اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.
 - مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 1-916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.
 - Llame a Servicios para los Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Las mujeres tienen el derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su PCP para ser atendido por un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red dentro de un tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho de obtener servicio oportuno de los especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar por la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención médica de urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.
- Cuando recién se inscribe en nuestro plan, tiene derecho a conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales por hasta 12 meses si cumple ciertos requisitos. Para obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*.
- Tiene el derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda de su equipo de atención médica y administrador de atención médica.

El **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* le informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. También le informa qué puede hacer si le denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (personal health information, PHI) de acuerdo con las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos, y otra información médica y de salud.

Tiene el derecho a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le damos una notificación escrita que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. La notificación se llama “Notificación de Prácticas de Privacidad”.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales o presentar un reclamo por servicios confidenciales. L.A. Care Medicare Plus

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono designados alternativos de un miembro o, en ausencia de una designación, al nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono en el archivo. L.A. Care Medicare Plus no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe atención. L.A. Care Medicare Plus atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si se pueden producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Para realizar una solicitud de comunicaciones confidenciales, comuníquese con Servicios para los Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no divulgamos su PHI a nadie que no le brinde atención o pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener un permiso escrito de usted. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones las permite o exige la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Si tiene doble elegibilidad de cobertura de Medicare y Medi-Cal, para brindarle un mejor servicio y mejorar su atención médica, podemos darle a Medi-Cal su información médica protegida. Si Medi-Cal divulga o usa su información, esto se hará de acuerdo con las leyes federales. Conforme lo requiera la ley, cuando nuestros socios comerciales trabajen con nosotros, también deben proteger la privacidad de cualquier PHI que compartamos con ellos y no se les permite dar PHI a otros, excepto según lo permitan la ley y esta notificación.

C2. Su derecho de ver sus expedientes médicos

- Tiene derecho a leer sus expedientes médicos y obtener una copia de estos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajamos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Usted tiene derecho a saber cuándo y cómo compartimos su PHI con otros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para los Miembros.

Puede obtener más información acerca de sus derechos de privacidad al solicitar una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NOPP). La NOPP está disponible en nuestro sitio web (www.medicare.lacare.org) o si llama a Servicios para los Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga acerca de nuestro plan. Para obtener los servicios de un intérprete, llámanos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Este servicio no tiene costo para usted. Puede obtener información para miembros de forma gratuita en otros idiomas, como árabe, armenio, camboyano (Khmer), chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita. También podemos brindarle información en letra grande, sistema braille o audio.

Si desea información sobre alguno de los siguientes temas, llame a Servicios para los Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - Información financiera
 - Cómo nos han calificado los miembros del plan
 - El número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo dejar nuestro plan
- Nuestra red de proveedores y farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - Calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que debe seguir, que incluyen:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - Límites a su cobertura y medicamentos
 - Reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*), que incluye solicitarnos:
 - Explicar por escrito por qué algo no está cubierto

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Cambiar una decisión que tomamos
- Pagar una factura que recibió

E. La imposibilidad de los proveedores de la red a facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que el proveedor cobró. Para saber qué hacer en caso de que un proveedor de la red intente cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica por medio de Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare por medio de un plan de medicamentos recetados o de otro plan de Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual para Miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage o un plan de beneficios de medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una forma que pueda comprender. Tiene el derecho de:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo involucrado. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Conseguir una segunda opinión.** Tiene el derecho de consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- **Decir que no.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de salir del hospital u otra instalación médica, aún si el médico le aconseja que no lo haga. Tiene el derecho de dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le ocurra.
- **Solicitar que expliquemos por qué un proveedor le denegó la atención médica.** Tiene derecho a que le demos una explicación si el proveedor le denegó atención médica que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que por lo general no cubrimos.** A esto se le llama “decisión de cobertura”. El **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que pase

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que le suceda a usted, puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgar a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Proporcionar instrucciones escritas** a sus médicos sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar las decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los ejemplos son el testamento en vida y el poder notarial para la atención médica.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

Obtenga el formulario. Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.

Agencia Local para Personas de la Tercera Edad de Los Ángeles

LLAME AL: 1-800-510-2020

ESCRIBA A: 3175 West 6th Street
Los Angeles, CA 90020

CORREO ELECTRÓNICO: Info@CSS.lacounty.gov

SITIO WEB: <http://css.lacounty.gov>

- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- **Entregue copias a las personas que necesitan estar informadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombra para que tome decisiones por usted. Es conveniente que proporcione copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si está siendo hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo trae consigo.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmarlo.

Tiene el derecho de:

- Que su directiva anticipada se incluya en sus expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Recibir información acerca de los cambios en las leyes relacionadas con las directivas anticipadas. L.A. Care Medicare Plus le informará los cambios en la legislación estatal a más tardar 90 días después del cambio.

El tener una directiva anticipada es **su** elección. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que el médico o el hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

H. Su derecho de presentar quejas y de solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* le informa qué puede hacer si tiene algún problema o inquietudes acerca de sus servicios o atención médica cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información acerca de las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para los Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente y el asunto **no** se relaciona con la discriminación por los motivos mencionados en el **Capítulo 11** de su *Manual para Miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- El Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el Capítulo 2.
- El Programa de Defensa de los Derechos del Paciente al 1-888-452-8609. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o bajar “Medicare Rights & Protections,” [en inglés] que se puede encontrar en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros.

- **Lea el *Manual para Miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y qué reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*. Esos capítulos le informan sobre qué está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*.
- **Infórmenos acerca de cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos recetados que tenga.** Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para los Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica para que le brinden la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan acerca de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su equipo de administración de la atención médica,** incluida la realización de una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de otros. También esperamos que se comporte de forma respetuosa en el consultorio de su médico, los hospitales y con otros proveedores.
- **Infórmenos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable por los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga sus primas de la Parte A y de la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos que cubre nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento.
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para los Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para ver los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Tenemos que mantener su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para los Miembros para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.



Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones o quejas)

Introducción

Este capítulo incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué debe hacer si:

- Tiene un problema o queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su atención médica.
- Cree que los servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja sobre sus Servicios y recursos de apoyo a largo plazo, que incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los servicios de residencia de reposo (Nursing Facility, NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Usted debe recibir la atención médica, los medicamentos, y los servicios y recursos de apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención médica. **Si tiene un problema con su atención médica, puede llamar al Programa de Defensa de los Derechos del Paciente al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Defensa de los Derechos del Paciente para que lo guíen para resolver el problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud	168
A1. ¿Qué pasa con los términos legales?	168
B. Dónde solicitar ayuda	168
B1. Dónde obtener más información y ayuda	168
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	170
D. Problemas con sus beneficios	170

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.



E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	171
E1. Decisiones de cobertura	171
E2. Apelaciones.....	171
E3. Ayuda con las decisiones y apelaciones de cobertura.....	172
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?.....	173
F. Atención médica.....	173
F1. Cuándo utilizar esta sección.....	173
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	174
F3. Cómo hacer una apelación de nivel 1.....	170
F4. Cómo hacer una apelación de nivel 2.....	179
F5. Problemas con los pagos.....	185
G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.....	187
G1. Decisiones y apelaciones a la cobertura de la Parte D	187
G2. Excepciones de la Parte D	188
G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción.....	190
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	191
G5. Cómo hacer una apelación de nivel 1	193
G6. Cómo hacer una apelación de nivel 2	195
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada	197
H1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	197
H2. Cómo hacer una apelación de nivel 1	198
H3. Cómo hacer una apelación de nivel 2	200
H4. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1	201
H5. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 2	202
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos.....	202
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	203
I2. Cómo hacer una apelación de nivel 1	203
I3. Cómo hacer una apelación de nivel 2	205
I4. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1	206
I5. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 2	206
J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2.....	207
J1. Los siguientes pasos para servicios y artículos de Medicare	207
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	209
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	211
K. Cómo presentar una queja	212



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

K1. ¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?	212
K2. Quejas internas	214
K3. Quejas externas	216



A. Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**; también llamados quejas formales.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales en este capítulo para algunas reglas y fechas límite. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas en la menor medida posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Cómo hacer una queja” en lugar de “cómo presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los incluimos.

B. Dónde solicitar ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces es confuso empezar o seguir el proceso para afrontar un problema. Esto puede suceder especialmente si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, usted no puede tener la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Defensa y Asesoría de Seguros de Médicos

Puede llamar al Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con su problema. El HICAP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es el 1-800-434-0222.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura médica. Ofrecen ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para mayor información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare en (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Medi-Cal

También puede obtener ayuda de la Oficina del Defensor del Paciente

La Oficina del Defensor del Paciente (Office of the Patient Advocate, OPA) puede ayudarle a entender sus derechos, aprender cómo obtener un seguro de salud y seleccionar atención de calidad.

Puede comunicarse a la OPA llamando al 1-888-466-2219 o por correo electrónico en contactopa@opa.ca.gov. También puede visitar el sitio web de la OPA en <http://www.opa.ca.gov>.

También puede comunicarse con la BFCC-QIO.

También puede presentar una queja ante Livanta, la Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (Beneficiary and Family-Centered Care, BFCC) de California. Puede comunicarse con la BFCC-QIO por escrito a la siguiente dirección:

Livanta
BFCC-QIO Program
10820 Guilford Rd. Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

También puede llamar al: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)

Livanta está disponible de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes y de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., los sábados, domingos y días festivos.

https://livantaqio.com/en/beneficiary/immediate_advocacy

Ayuda del Departamento de Servicios de Salud de California

El Defensor de los Derechos del Paciente de la División de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California también puede ayudarle. Pueden ayudarle si tiene problemas para inscribirse



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

en un plan de salud, cambiar de plan de salud o cancelar su membresía. También pueden ayudarle si se mudó o si tiene dificultades para transferir su cobertura de Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor de los Derechos del Paciente al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California para obtener ayuda gratuita. El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El DMHC de California ayuda a las personas con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, o con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número TDD gratuito, 1-877-688-9891.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se llama un "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro que aparece a continuación le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

<p>¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?</p> <p>Incluye problemas con respecto a si una atención médica o unos medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que se cubren, y problemas relacionados al pago por atención médica o medicamentos recetados.</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E: "Decisiones de cobertura y apelaciones".</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no tiene que ver con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, "Cómo presentar una queja".</p>

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.



E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cobertura favorable para usted cuando recibe atención médica o si lo refiere a un especialista médico.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está conforme con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original manejan su apelación.

En la mayoría de los casos, usted debe comenzar su apelación en el nivel 1. Si no desea apelar primero al plan para un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o representa una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene dolor grave y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la página 175 para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, puede llevar su caso a una apelación de nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros realiza la apelación de nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- En algunas situaciones, su caso se **envía automáticamente** a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos.
- En otras situaciones, **necesita solicitar** una apelación de nivel 2.
- Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel 2, quizás pueda someterse a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones y apelaciones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para los Miembros** a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, o con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número TDD gratuito, 1-877-688-9891.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado, u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales sin costo si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536.
- Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario otorga permiso a alguien para actuar en su nombre.
- Llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de "Designación de representante". También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en medicare.lacare.org. **Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.**



E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos (Esta sección solo se aplica a estos servicios: servicios de salud en el hogar, atención en un hospital de enfermería o servicios en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Si no está seguro de qué sección consultar, llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas obteniendo cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios y artículos médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, que generalmente son medicamentos administrados por su médico o profesional de la salud. Es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento recetado de la Parte B. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita pero que no recibe.
Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.
2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.
Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.
3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.
Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Recibió y pagó por atención médica que usted pensó que cubríamos, y desea un reembolso.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

- Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.
- Está experimentando retrasos en la atención médica o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es por atención hospitalaria, servicios de salud en el hogar, atención en un hospital de enfermería o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **"determinación de la organización integrada"**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Puede llamarnos al: 1-833-522-3767 (TTY: 711).
- Puede enviarnos un fax al: 1-213-438-5748.
- Puede escribirnos a:
Attention: Appeals & Grievances - 348
1055 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informemos sobre nuestra decisión, usamos las fechas límite "estándar" a menos que acordemos usar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre:

- L.A. Care Medicare Plus decidirá las pre aprobaciones de rutina para el servicio o artículo médico dentro de los 5 días hábiles, a partir de que L.A. Care Medicare Plus obtenga la información necesaria para tomar una decisión, y no más de 14 días calendario después de que L.A. Care Medicare Plus reciba la solicitud.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para una “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le damos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de los 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Un medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para atención médica que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre pagos de atención médica o de un artículo que ya recibió.
- Utilizar las fechas límite estándar **podrían causarle daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad de desenvolverse.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que informa sobre esto y utilizamos las fechas límite estándar en su lugar. La carta le informa:

- Automáticamente le brindamos una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud está incompleta;
- Si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

- Si su médico u otra persona que recetó el medicamento solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un Formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en medicare.lacare.org.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - Desestimamos su solicitud; y
 - Le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que evalúe nuestra decisión de desestimar su apelación.

Debe solicitar una apelación **dentro de los siguientes 60 días** consecutivos a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite, podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son



cosas como que tenía una enfermedad grave, o le dimos la información incorrecta sobre la fecha límite. Explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presente su apelación.

Tiene el derecho de solicitarnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica que no recibió, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.
- El proceso para una apelación rápida es el mismo que para una decisión de cobertura rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida en la **Sección F2**.
- Si su médico nos dice que su salud lo requiere, le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de llevar a cabo alguna acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de nivel 1 **dentro de los 10 días consecutivos** posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o medicamento no se seguirá cubriendo mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente evaluamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted y su médico para obtener más información.



Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando está utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Después, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si decimos que Sí a parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Hay fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando usamos las fechas límite, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Después, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.

Si decimos que Sí a parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días consecutivos, o **dentro de los 7 días consecutivos** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.



- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le informa cómo presentar una apelación de nivel 2 por sí mismo.

F4. Cómo hacer una apelación de nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente cubre **Medicare**, enviamos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto haya finalizado la apelación de nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente cubre **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de nivel 2 por sí mismo. La carta le informa cómo hacer esto. También incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 con la Organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio o artículo no continúan durante el proceso de apelación de nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una apelación de nivel 2 dentro de los 10 días consecutivos después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La Organización de revisión independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces denominada "**IRE (Independent Review Entity)**".



- Esta organización no está conectada a nosotros y no es una oficina del gobierno. Medicare eligió a la compañía para que fuera la Organización de revisión independiente y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos la información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene el derecho de darle a la Organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente observan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el nivel 1, automáticamente recibe una apelación rápida en el nivel 2. La Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a la apelación del nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días consecutivos más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar con nosotros en el nivel 1, automáticamente recibe una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días** consecutivos posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días** consecutivos posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días consecutivos más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

La Organización de revisión independiente le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la Organización de revisión independiente dice Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**; o
- Proporcionar el servicio dentro de los **14 días consecutivos posteriores** a la recepción de la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**; o
- Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de revisión independiente dice **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**; o
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a una parte o a toda su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”.

Si su caso cumple con los requisitos, usted escoge si desea continuar con su apelación.

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 con un total de cinco niveles.

Si se deniega su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa con el nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibió después de la apelación de nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

(1) Audiencia del Estado

Puede solicitar una Audiencia del Estado respecto a los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobaremos o si no continuaremos pagando un servicio o artículo que ya tiene y dijimos que no a su apelación de nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia del Estado.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia del Estado** después de que se le envíe por correo el aviso “Sus derechos de audiencia”.

NOTA: Si solicita una Audiencia del Estado porque le dijimos que un servicio que actualmente recibe se cambiará o se cancelará, **tiene menos días para enviar su solicitud** si quiere seguir



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

teniendo ese servicio mientras su Audiencia del Estado está pendiente. Para obtener más información, lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?” en la página 170.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia del Estado:

1. Puede llenar la “Solicitud de Audiencia del Estado” en la parte posterior de la Notificación 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 acción en su contra, los programas de ayuda en cuestión y una razón detallada por la que desea una audiencia. Luego puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de asistencia pública del condado, en la dirección indicada en el aviso
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias del Estado al número de fax 916-651-5210 o 916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al número 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia del Estado por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Si aún no está de acuerdo con esta decisión, puede:

- * Solicitar una Revisión Médica Independiente para que un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revise su caso.
- * Solicitar una Audiencia del Estado para que un juez revise su caso

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente y una Audiencia del Estado al mismo tiempo. También puede solicitar una antes que la otra para ver si se resuelve antes su problema. Por ejemplo, si solicita primero una Revisión Médica Independiente, pero no está de acuerdo con la decisión, aún puede solicitar una Audiencia del Estado después. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia del Estado, y esta ya se llevó a cabo, no puede solicitar una Revisión Médica Independiente. En este caso, la decisión de la Audiencia del Estado es definitiva.

No tendrá que pagar una Revisión Médica Independiente o una Audiencia del Estado.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si usted desea una Revisión Médica Independiente, debe solicitarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de la resolución de la apelación. El párrafo a continuación le brindará información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente.¹ Tenga en cuenta que el término “queja” se refiere tanto a “quejas” como a “apelaciones”.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al 1-888-839-9909 y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o con una queja que no ha sido resuelta en un período de más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También es posible que reúna los requisitos para solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así, el proceso de la IMR llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o que están en investigación y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web en Internet del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene disponibles formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

AUDIENCIA DEL ESTADO

Si usted desea una Audiencia del Estado, debe solicitarla en un plazo de 120 días a partir de la fecha de esta Notificación de la resolución de la apelación. Sin embargo, si su plan de salud continuó proporcionándole los servicios en disputa (pago de asistencia mientras la causa está pendiente) durante el proceso de apelación del plan de salud y desea que los servicios continúen hasta que se tome una decisión sobre su Audiencia del Estado, debe solicitar una Audiencia del Estado dentro de los 10 días posteriores a esta carta de Notificación de la resolución de la apelación. Si bien su plan de salud debe otorgarle el pago de Asistencia mientras la causa está pendiente cuando solicite una Audiencia del Estado de esta manera, debe informar a su plan de salud que desea obtener el pago de asistencia mientras la causa está pendiente hasta que se decida su Audiencia del Estado. Debe comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando al 1-888-839-9909, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY 711.

Puede solicitar una Audiencia del Estado de las siguientes maneras:

*En línea en www.cdss.ca.gov

*Por teléfono: llame al 1-800-743-8525. Es posible que este número esté muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje para que llame más tarde. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea TTY/TDD 1-800-952-8349.



*Por escrito: llene un formulario de Audiencia del Estado o escriba una carta. Envíelo por correo o fax a:

Correo: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Fax: 1-916-309-3487 o a la línea telefónica gratuita al 1-833-281-0903

Se incluye un formulario para una Audiencia del Estado con esta carta. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y/o número de empleado (Company Identification Number, CIN) y el motivo por el que desea una Audiencia del Estado. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia del Estado, especifique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, informe a la División de Audiencias del Estado qué idioma habla. No tendrá que pagar los servicios del intérprete. La División de Audiencias del Estado le proporcionará uno. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias del Estado puede brindarle adaptaciones especiales sin cargo para ayudarlo a participar en la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y las adaptaciones que necesita.

El proceso para tomar una decisión sobre su caso y enviarle una respuesta puede tardar hasta 90 días después de que solicite la Audiencia del Estado. Si le parece que esperar tanto afectará su salud, es posible que pueda recibir una respuesta en un plazo de 3 días. Pida a su médico o plan de salud que escriba una carta para usted. La carta debe explicar detalladamente por qué esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso dañará su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar al máximo sus funciones. Después, asegúrese de solicitar una Audiencia Acelerada y entregue la carta junto con su solicitud de audiencia.

Usted mismo puede hablar en la Audiencia del Estado. O alguien como a un familiar, amigo, defensor, médico o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informar a la División de Audiencias del Estado que esta persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se llama representante autorizado.

AYUDA LEGAL

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al [Departamento de Asuntos Comerciales y del Consumidor del condado de Los Ángeles al 1-800-593-8222. También puede llamar a la Sociedad de Ayuda Legal de su condado al 1-888-804-3536.

La oficina de Audiencia Imparcial le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice que **Sí** una parte o a la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.



- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”.

Si la decisión de la Organización de revisión independiente o de la oficina de Audiencia Imparcial es **No** para una parte o a toda su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 se envió a la **Organización de revisión independiente**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza cierta cantidad mínima. Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. **La carta que reciba de la Organización de revisión independiente le explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones después del nivel 2.

F5. Problemas con los pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio o artículo cubierto. **Usted nunca tendrá que pagar el saldo restante de ninguna factura.** El único pago que le deben pedir es el copago, en el caso de las categorías de *medicamentos que requieren un copago*.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no deberá pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso, siempre y cuando haya seguido las reglas para obtener servicios y artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*. Describe situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto, y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago o, *si el plan tiene costos compartidos*, de nuestra parte del costo del servicio o artículo dentro de los 60 días consecutivos después de recibir su solicitud.
- Si no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.



- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días consecutivos después de recibir su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días consecutivos. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor de atención médica dentro de los siguientes 60 días consecutivos.
- Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medi-Cal** generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. No presentamos automáticamente una apelación de nivel 2 por usted. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura por muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D**. Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D” en cada ocasión.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada médicamente. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones a la cobertura de la Parte D

Éstos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicitó que tomemos acerca de los medicamentos de la Parte D:

- Nos solicitó que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos:
 - Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o
 - Aplicar una restricción a la cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que recibe)
- Preguntarnos si su medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

TENGA EN CUENTA: Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse de la manera en que está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

A una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se le llama **“determinación de cobertura”**.

- Nos pide que pagemos un medicamento que ya compró. Ésta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa a ambos cómo pedir decisiones de cobertura y como presentar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarse.



¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita una exención a una restricción de un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea solicitar que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
<p>Nos pidió que hagamos una excepción, que incluye: (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección G2, luego consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Puede solicitar una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted lo desea, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud por una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que recetó el medicamento necesita explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que recetó el medicamento nos puede solicitar:



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

1. Cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

- Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted paga el copago que aplica a los medicamentos del nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Remover una restricción por un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas y restricciones adicionales a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales de ciertos medicamentos incluyen:
 - Tener que usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes que acordemos cubrir el medicamento para usted. (A esto a veces se le llama “autorización previa”).
 - Tener que utilizar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (A esto a veces se le llama “terapia de pasos”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tener.
- Si aceptamos una excepción para usted y no le aplicamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.

3. Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el monto del copago requerido.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se le llama pedir una **“excepción del nivel de cobertura”**.

- Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una condición específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su condición médica se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.

Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de productos biológicos para su condición.



Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costo compartido del nivel más bajo de alternativas de marca para su condición.

Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costo compartido del nivel más bajo para las alternativas genéricas o de marca para su condición.

- No puede pedirnos cambiar el nivel de costo compartido para ningún medicamento del nivel 5, medicamentos de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel de cobertura y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general paga el monto más bajo.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción

Su médico u otra persona que recetó el medicamento debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que recetó el medicamento debe darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que le receta el medicamento cuando solicita una excepción.

Nuestra Lista de medicamentos a menudo incluye más de un medicamento para tratar una condición específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel de cobertura, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que Sí o No a su solicitud

- Si decimos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción por lo general dura hasta el final del año calendario. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, escribiéndonos o enviándonos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otra persona que recetó el medicamento). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona que recetó el medicamento) o alguien más que actúa en su nombre nos puede solicitar una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que dé permiso por escrito a su médico u otra persona que recetó el medicamento para que nos solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea que le reembolsemos por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, proporcione una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otra persona que recetó el medicamento para la solicitud de excepción.
- Su médico u otra persona que recetó el medicamento pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos las “fechas límite estándar” a menos que acordemos usar los “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de 72 horas después de haber recibido la declaración del médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de 24 horas después de haber recibido la declaración del médico.

Una “decisión de cobertura acelerada” se llama **“determinación de cobertura acelerada”**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no recibió. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.



Si su médico u otra persona que recetó el medicamento le dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, nosotros acordamos y se la damos. Le enviamos una carta para informarle al respecto.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico u otra persona que recetó el medicamento, nosotros decidimos si recibirá una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar en su lugar.

Le enviamos una carta para informarle al respecto. Esta carta también le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.

Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluida las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos las fechas límite, debemos responderle dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, para que la revise una Organización de revisión independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos responderle dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, para que la revise una Organización de revisión independiente.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.



Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos responderle dentro de 14 días consecutivos después de recibir su apelación.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, para que la revise una Organización de revisión independiente.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos en un plazo de 14 días consecutivos.
- **Si** decimos **que No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

G5. Cómo hacer una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **una apelación rápida** llamando al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, escríbanos o envíenos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otra persona que recetó el medicamento). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
 - Debe solicitar una apelación **dentro de los siguientes 60 días consecutivos** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
 - Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite, podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son cosas como que tenía una enfermedad grave, o le dimos la información incorrecta sobre la fecha límite. Explique la razón por la que su apelación se atrasa cuando presente su apelación.
 - Tiene el derecho de solicitarnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted, su médico u otra persona que recetó el medicamento deciden si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y evaluamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o a su médico u otra persona que recetó el medicamento para obtener más información.

Fechas límite para apelaciones rápidas en el nivel 1

- Cuando está utilizando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Le damos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar en el nivel 1

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión más rápido si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si no le damos una decisión dentro de los 7 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más tarde de 7 días consecutivos** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días consecutivos** después de recibir su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días consecutivos** después de recibir su apelación.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Si no le damos una decisión dentro de los 14 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente revisa su apelación. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos en un plazo de 30 días consecutivos después de recibir su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo hacer una apelación de nivel 2

Si decimos que **No** a su apelación de nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación para apelaciones de nivel 2. La **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de Revisión Independiente”**, a veces denominada **“IRE (Independent Review Entity)”**.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante o su médico u otra persona que recetó el medicamento debe comunicarse con la Organización de revisión independiente **por escrito** y solicitarle que revise su caso.

- Si decimos que **No** a su apelación de nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones de cómo realizar una apelación de nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dicen quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo ponerse en contacto con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la Organización de revisión independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama el “expediente del caso”. **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene el derecho de darle a la Organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de revisión independiente revisa su apelación de nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de revisión independiente.

Fechas límite para apelaciones rápidas en el nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de revisión independiente.

- Si aceptan darle una apelación rápida, debe darle una respuesta **dentro de las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de revisión independiente.

Fechas límite para una apelación estándar en el nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que usted no recibió.
- **Dentro de los 14 días consecutivos** después de recibir su apelación de reembolso por un medicamento que compró.

Si la Organización de revisión independiente dice **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas posteriores** a la recepción de la decisión de la Organización de revisión independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de revisión independiente.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación de nivel 2, tiene derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de nivel 2 es definitiva. La Organización de revisión independiente le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2.
- Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la Organización de revisión independiente después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando es admitido en un hospital, tiene el derecho de obtener todos los servicios del hospital que cubrimos y que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en el que salga del hospital. También ayudan a coordinar la atención médica que pueda necesitar después de salir.

- El día que sale del hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están solicitando que salga del hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención médica después de dejar el hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le dice cómo hacerlo.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien en el hospital, como un enfermero o un trabajador de atención médica, le dará una notificación por escrito llamado “**Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**”. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cada vez que son admitidos en un hospital.

Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea esta notificación** atentamente y haga preguntas si no la entiende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen su derecho a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene el derecho de saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención médica en el hospital.
 - Apelar si cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** de Medicare para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúa en su nombre puede firmar la notificación.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Firmar la notificación **solamente** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que está de acuerdo con la fecha de alta que le hayan informado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** de la notificación firmada para tener la información en caso de que la necesite.

Si firma la notificación más de dos días antes del día que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que le den de alta.

Puede ver una copia de la notificación con anticipación si:

- Llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo hacer una apelación de nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad hace la revisión de la apelación de nivel 1 para saber si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la Organización de Mejora de la Calidad es Livanta. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). La información de contacto también se encuentra en la notificación, "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos", y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización de Mejora de la Calidad antes de dejar el hospital y a más tardar en su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de dejarlo**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejora de la Calidad.
- **Si no llama para apelar**, y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- **Si no cumple el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad sobre su apelación, en su lugar apele directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- Debido a que Medicare y Medi-Cal cubren la hospitalización, si la Organización de Mejora de la Calidad no escucha su solicitud de continuar su hospitalización, o si cree que su situación es urgente, supone una amenaza inmediata y grave para su salud, o usted tiene dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 170 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.

Pida una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evalúan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá otro aviso que explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

El término legal de esta explicación escrita es “**Notificación detallada del alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar una muestra de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

Si la Organización de Mejora de la Calidad dice que **Sí** a su apelación:



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Mejora de la Calidad dice que **No** a su apelación:

- Crean que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura del plan para sus servicios del hospital finalizará a mediodía después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad le da una respuesta a su apelación.
- Quizás tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria después del mediodía del día después que la Organización de Mejora de la calidad le da la respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la Organización de Mejora de la Calidad deniega su apelación de nivel 1 **y** permanece en el hospital después de la fecha de alta programada.

H3. Cómo hacer una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días consecutivos** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad dijo **No** a la apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión **únicamente** si permanece en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad:

- Revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la Organización de revisión de la calidad dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención médica hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad denegó su apelación de nivel 1.
- Brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión de la Calidad dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la Sección E4 en la



página 154 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

H4. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para una apelación de nivel 1 es dentro de los 60 días posteriores o no más tarde de la fecha de alta hospitalaria programada. Si no cumple la fecha límite de apelación de nivel 1, puede usar un proceso de “apelación alternativa”.

Comuníquese con Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicítenos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

- Revisamos toda la información sobre su hospitalización.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos fechas límite rápidas en lugar de fechas límite estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita estar en el hospital después de la fecha de alta.
- Brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada si continúa en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de revisión independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



H5. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 2

Enviamos la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las siguientes 24 horas de decir que **No** a su apelación de nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No necesita hacer nada.

Si cree que no cumplimos la fecha límite, o cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

La Organización de revisión independiente realiza una revisión rápida a su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y suelen darle una respuesta en 72 horas.

Si la Organización de revisión independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.
- Brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria programada era médicamente apropiada.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la Sección F4 en la página 160 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede solicitar una Revisión Médica Independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de salud en el hogar
- Atención de enfermería especializada en un hospital de enfermería
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación seria.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite medicare.lacare.org.



Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene el derecho a recibir los servicios cubiertos por el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que sus servicios finalicen. Cuando su cobertura para ese servicio finaliza, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención médica. Esta se llama “Notificación de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que se recibió. Firmar la notificación **solamente** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo hacer una apelación de nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Las fechas límite son importantes. Comprenda y siga las fechas límite pertinentes a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo las fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
 - Llame al Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la Organización de Mejora de la Calidad si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.



El plazo para contactar a esta organización

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor de la Notificación de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, en su lugar puede apelar directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.
- Si la Organización de Mejora de la Calidad no escucha su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o si cree que su situación es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud, o si usted tiene dolor intenso, puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 170 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

El término legal para la notificación por escrito es **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O busque una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evalúan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación de la notificación es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

- Los revisores le informan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización de revisión independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo completo de esta atención si decide continuar con los servicios de salud en el hogar, la atención médica de un hospital de enfermería o los servicios de un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

13. Cómo hacer una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días consecutivos** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad dijo **No** a la apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión **únicamente** si continúa recibiendo atención médica después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad:

- Revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la Organización de revisión independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura de la atención médica por el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención médica y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la Sección F4 en la página 170 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC además o en lugar de una apelación de nivel 3.



Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

14. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

Como se explica en la **Sección I2**, debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación de nivel 1. Si no cumple la fecha límite, puede usar un proceso de “apelación alternativa”.

Comuníquese con Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

- Revisamos otra vez toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos fechas límite rápidas en lugar de fechas límite estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita los servicios por más tiempo.
- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si continúa recibiendo después de la fecha en que le informamos que finalizaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de revisión independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de nivel 2.

15. Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2:

Enviamos la información para su apelación de nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las siguientes 24 horas de decir que No a su apelación de nivel 1. Lo hacemos automáticamente. No necesita hacer nada.



Si cree que no cumplimos la fecha límite, o cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

La Organización de revisión independiente realiza una revisión rápida a su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y suelen darle una respuesta en 72 horas.

Si la Organización de revisión independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.
- Brindaremos sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de revisión independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención médica y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

También puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la Sección F4 en la página 174 para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente además de una apelación de nivel 3 o en lugar de esta.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Los siguientes pasos para servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron denegadas, quizás tenga derecho a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de revisión independiente para su apelación de nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud para la apelación de nivel 4 con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle los servicios dentro de los 60 días consecutivos después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación de nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle los servicios dentro de los 60 días consecutivos después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si aún no está de acuerdo con esta decisión, puede:

*Solicitar una Revisión Médica Independiente para que un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revise su caso

*Solicitar una Audiencia del Estado para que un juez revise su caso

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente y una Audiencia del Estado al mismo tiempo. También puede solicitar una antes que la otra para ver si se resuelve antes su problema. Por ejemplo, si solicita primero una Revisión Médica Independiente, pero no está de acuerdo con la decisión, aún puede solicitar una Audiencia del Estado después. Sin embargo, si solicita primero una Audiencia del Estado, y esta ya se llevó a cabo, no puede solicitar una Revisión Médica Independiente. En este caso, la decisión de la Audiencia del Estado es definitiva.

No tendrá que pagar una Revisión Médica Independiente o una Audiencia del Estado.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si usted desea una Revisión Médica Independiente, debe solicitarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de la resolución de la apelación. El párrafo a continuación le brindará información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente.¹ Tenga en cuenta que el término “queja” se refiere tanto a “quejas” como a “apelaciones”.

“El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al [1-888-839-9909] y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o con una queja que no ha sido resuelta en un período de más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También es posible que reúna los requisitos para solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). De ser así, el proceso de la IMR llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o que están en investigación y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web en Internet del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene disponibles formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



AUDIENCIA DEL ESTADO

Si usted desea una Audiencia del Estado, debe solicitarla en un plazo de 120 días a partir de la fecha de esta Notificación de la resolución de la apelación. Sin embargo, si su plan de salud continuó proporcionándole los servicios en disputa (pago de asistencia mientras la causa está pendiente) durante el proceso de apelación del plan de salud y desea que los servicios continúen hasta que se tome una decisión sobre su Audiencia del Estado, debe solicitar una Audiencia del Estado dentro de los 10 días posteriores a esta carta de Notificación de la resolución de la apelación. Si bien su plan de salud debe otorgarle el pago de Asistencia mientras la causa está pendiente cuando solicite una Audiencia del Estado de esta manera, debe informar a su plan de salud que desea obtener el pago de asistencia mientras la causa está pendiente hasta que se decida su Audiencia del Estado. Debe comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando al 1-888-839-9909, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si no puede oír o hablar bien, llame a [TTY 711].

Puede solicitar una Audiencia del Estado de las siguientes maneras:

* En línea en www.cdss.ca.gov

* Por teléfono: llame al 1-800-743-8525. Es posible que este número esté muy ocupado. Es posible que escuche un mensaje para que llame más tarde. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea TTY/TDD 1-800-952-8349.

* Por escrito: llene un formulario de Audiencia del Estado o escriba una carta. Envíelo por correo o fax a:

Correo: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Fax: 1-916-309-3487 o a la línea telefónica gratuita al 1-833-281-0903

Se incluye un formulario para una Audiencia del Estado con esta carta. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social y/o número de empleado (CIN) y el motivo por el que desea una Audiencia del Estado. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia del Estado, especifique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, informe a la División de Audiencias del Estado qué idioma habla. No tendrá que pagar los servicios del intérprete. La División de Audiencias del Estado le proporcionará uno. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias del Estado puede brindarle adaptaciones especiales sin cargo para ayudarlo a participar en la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y las adaptaciones que necesita.

El proceso para tomar una decisión sobre su caso y enviarle una respuesta puede tardar hasta 90 días después de que solicite la Audiencia del Estado. Si le parece que esperar tanto afectará su salud, es posible que pueda recibir una respuesta en un plazo de 3 días. Pida a su médico o plan de salud que escriba una carta para usted. La carta debe explicar detalladamente por qué esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso dañará su vida, su salud o su



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

capacidad para alcanzar, mantener o recuperar al máximo sus funciones. Después, asegúrese de solicitar una Audiencia Acelerada y entregue la carta junto con su solicitud de audiencia.

Usted mismo puede hablar en la Audiencia del Estado. O alguien como un familiar, amigo, defensor, médico o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informar a la División de Audiencias del Estado que esta persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se llama representante autorizado.

AYUDA LEGAL

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al Departamento de Asuntos Comerciales y del Consumidor del condado de Los Ángeles al 1-800-593-8222. También puede llamar a la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su condado al 1-888-804-3536.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una de nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló cumple con cierto valor en dólares, es posible que usted pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que reciba a la apelación de nivel 2 le explica a quién debe contactar y qué pedir para una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá qué hacer para una apelación de nivel 4.



Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días consecutivos después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, la coordinación de la atención médica y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está conforme con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, la atención médica que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio deficiente al cliente, u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Cree que lo están hostigando para que abandone nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia con el idioma	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no sea el inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para hacer una cita o esperó demasiado para obtenerla. • Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales médicos, o Servicios para los Miembros u otro miembro del personal de nuestro plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que la clínica, hospital o consultorio médico no está limpio.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le dimos una notificación o carta que debió haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.



Queja	Ejemplo
<p>La puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos nuestras fechas límite para la toma de una decisión de cobertura o para responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión o apelación de cobertura a su favor, no cumplimos las fechas límite para la aprobación o para brindarle el servicio o el reembolso por ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan, el cual la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Puede enviar su queja a Medicare para quejas externas.

El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

El término legal para “queja” es **“queja”**.

El término legal para “hacer una queja” es **“presentar una queja”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de 60 días consecutivos** después de que tuvo el problema del que quiere quejarse.

- Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para los Miembros le informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Las quejas y las apelaciones se pueden presentar por los siguientes medios:
 - Teléfono:** 1-833-522-3767 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos
 - Fax:** 1-213-438-5748

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Correo postal: L.A. Care Health Plan
Attention: Appeals & Grievances - 348
1055 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

En línea: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- En caso de que un miembro desee que alguna persona actúe en su nombre (por ejemplo, un familiar o un abogado), deberá llenar un formulario de Designación de representante (Appointment of Representative, AOR) <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> y enviarlo a L.A. Care por fax o a la dirección postal antes mencionada. Si un médico que está tratando al miembro presenta una apelación en su nombre, no es necesario que llene el formulario de AOR.
- Plazos para la presentación de las quejas y las apelaciones

Apelaciones

Parte C (Reconsideración)

- El miembro cuenta con 60 días a partir de la fecha de la denegación para presentar una apelación. Es posible aceptar apelaciones después de 60 días si se tiene una causa justificada.
- Plazo acelerado: 72 horas
- Plazo estándar: previo al servicio, 30 días; posterior al servicio, 60 días.
- El caso puede extenderse 14 días más.

Parte D (Redeterminaciones)

- El miembro cuenta con 60 días a partir de la fecha de la denegación para presentar una apelación. Es posible aceptar apelaciones después de 60 días si se tiene una causa justificada.
- Plazo acelerado: 72 horas
- Plazo estándar: 7 días
- El caso puede extenderse 14 días más.

Quejas formales

Parte D

- El miembro puede presentar una queja formal o expresión de insatisfacción en cualquier momento.

Todas las demás quejas

- El miembro puede presentar una queja o expresión de insatisfacción en cualquier momento.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Plazo acelerado: 24 horas
- Plazo estándar: 30 días
- El caso puede extenderse 14 días más.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible, le contestamos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le contestemos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un máximo de 30 días consecutivos. Si no tomamos una decisión en un máximo de 30 días consecutivos debido a que necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgamos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las siguientes 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o resolver una apelación, automáticamente le otorgamos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las siguientes 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No necesita presentar una queja ante L.A. Care Medicare Plus antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está atendiendo su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Defensor de los Derechos del Paciente de la División de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

(DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja relacionada con un problema urgente o un problema relacionado con una amenaza inmediata, y grave para su salud, si tiene dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días consecutivos.

Estas son dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. *Las personas sordas, o con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número de teléfono gratuito TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.*
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que lo han tratado de manera injusta. Por ejemplo, puede quejarse sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número telefónico de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse a la Oficina de Derechos Civiles local de la siguiente manera:

ESCRIBA A: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, California 94103

LLAME AL: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
FAX: 1-202-619-3818

También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y bajo cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse al Programa de Defensa de los Derechos del Paciente para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-452-8609.

Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja es por la calidad de la atención médica, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica directamente a la Organización de Mejora de la Calidad.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

- Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad, colaboramos con ellos para resolver su queja.

La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención médica que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización de Mejora de la Calidad, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

En California, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Livanta. Su número de teléfono es 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de retirarse de nuestro plan. Si se retira de nuestro plan, continuará siendo miembro de los programas Medicare y Medi-Cal siempre y cuando sea elegible. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan	220
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	221
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal	221
C1. Sus servicios de Medicare	221
D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	224
E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan finaliza	224
F. Reglas en contra de solicitarle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	226
G. Su derecho de presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	226



A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante ciertas fechas del año. Dado que tiene Medi-Cal, es posible que pueda finalizar su membresía con nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos de inscripción especial**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción anual**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, dura del 1.º de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se muda de nuestra área de servicio;
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional cambió, o
- Si se mudó recientemente, actualmente está recibiendo atención médica o acaba de mudarse de una residencia de reposo o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del siguiente mes (en este ejemplo el 1.º de febrero).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección C1**
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo puede finalizar con su membresía llamando a:

- Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m.

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

- Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor de los Derechos del Paciente de Atención Médica Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o envíe un correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Tiene las siguientes opciones si quiere dejar nuestro plan:

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY (personas que tienen dificultades para escuchar o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en el cuadro de la página 215.
- Llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- La Sección C a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.
- A menos que se haya mudado fuera de su condado, su membresía de Medi-Cal continuará con L.A. Care Medicare Plus.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación. Al elegir una de estas opciones, usted finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

<p>1. Puede cambiar a: Otro plan de atención médica de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, 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 Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscribirse en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su membresía en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>A menos que se haya mudado fuera de su condado, su membresía de Medi-Cal continuará con L.A. Care Medicare Plus.</p>
---	---



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea 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 Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su membresía en nuestro plan se cancela automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
--	---



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Debe dejar la cobertura de medicamentos recetados solamente si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si quiere saber si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar la oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea 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 Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>Su membresía en nuestro plan se cancela automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
--	--

D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, podría tomar tiempo antes de que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medi-Cal inicie. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica por medio de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día que finalice su membresía en L.A. Care Medicare Plus, nuestro plan cubre su hospitalización generalmente hasta el día en que le den de alta.

E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan finaliza

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si usted ya no es elegible para Medi-Cal. Nuestro plan es solo para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. El Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California o los Centros de

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) pueden cancelar su inscripción a Medi-Cal si se determina que ya no cumple los requisitos para el programa.

- Si se muda de nuestra área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio del plan.
- Si va a prisión por haber cometido un delito.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano o no reside legalmente en los Estados Unidos.
 - Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro de acuerdo con estas condiciones.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal, o sus circunstancias han cambiado de modo que ya no es elegible para el Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, puede seguir recibiendo sus beneficios de L.A. Care Medicare Plus Plan durante un período adicional de seis meses. Este período adicional le permitirá corregir su información de elegibilidad si cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nosotros sobre el cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

- Para seguir siendo miembro de L.A. Care Medicare Plus Plan, debe reunir los requisitos de nuevo antes del último día del período de seis meses.

Si no reúne los requisitos antes del final del período de seis meses, se cancelará su membresía en L.A. Care Medicare Plus Plan.

Podemos hacer que deje nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos la autorización de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de una manera problemática y que dificulta que brindemos atención médica para usted o para otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su tarjeta de identificación del plan para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).



F. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho de presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarles sobre nuestros motivos por escrito de por qué lo hacemos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.



Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Notificación sobre las leyes	228
B. Notificación de no discriminación	228
C. Notificación sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	231



A. Notificación sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si dichas leyes no están incluidas ni se explican en el *Manual para Miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Notificación de no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamos, color, origen étnico, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidades mentales o físicas, país de origen, raza, religión, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios de Salud, Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Complete un formulario para presentar una queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con

La discriminación es ilegal. L.A. Care Health Plan respeta las leyes federales y estatales de derechos civiles. L.A. Care Health Plan no discrimina ilegalmente, no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad,

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

L.A. Care Health Plan proporciona:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor como:
intérpretes calificados del lenguaje de señas
información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
intérpretes calificados
información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con L.A. Care Health Plan llamando al 1-833-522-3767, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY 711. Si lo solicita, este documento puede estar disponible para usted en braille, letra grande, casete de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

L.A. Care Health Plan
Member Services Department
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
1-833-522-3767 TTY: 711

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA DE DERECHOS CIVILES

Si cree que L.A. Care Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado ilegalmente de algún otro modo por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el director de Cumplimiento de L.A. Care Health Plan. Puede presentar una queja de derechos civiles por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Comuníquese con el funcionario de Cumplimiento de L.A. Care Health Plan llamando al 1-833-522-3767, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al TTY 711.
- Por escrito: llene un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

L.A. Care Health Plan
Chief Compliance Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

Correo electrónico: civilrightscoordinator@lacare.org

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



- En persona: visite el consultorio de su médico o la oficina de L.A. Care Health Plan e indique que quiere presentar una queja de derechos civiles.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de L.A. Care Health Plan en www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form

o envíe un correo electrónico a civilrightscoordinator@lacare.org.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si cree que le han discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame a la línea TTY/TDD 1-800-537-7697.
- Por escrito: llene un formulario de quejas o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si su queja es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: llene un formulario de quejas o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o un proveedor, llame a Servicios para los Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarle.

C. Notificación sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces alguien más debe pagar primero por los servicios que le ofrecemos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compañía de Compensación por Lesiones del Trabajo debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare de los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica brindados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos importantes usados a lo largo de su *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos están ordenados de forma alfabética. Si no puede encontrar un término o si necesita más información de la que se incluye en una definición, comuníquese con Servicios para los Miembros.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

Actividades de la vida cotidiana (Activities of Daily Living, ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda cirugía ambulatoria para pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención médica.

Apelación: una manera en la que usted puede cuestionar nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. **El Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* explica las apelaciones, lo que incluye cómo presentar una apelación.

Cuidado para los trastornos de la conducta: un término que incluye todo lo que hace referencia a los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Administrador de atención médica: la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesita.

Plan de atención: consulte “Plan de Atención Médica Personalizado”.

Servicios Opcionales del Plan de Atención (Care Plan Optional Services, CPO Services): los servicios adicionales que son opcionales en virtud de su Plan de Atención Médica Personalizado (ICP). Estos servicios no tienen el objetivo de sustituir los servicios y recursos de apoyo a largo plazo que usted está autorizado a obtener en virtud de Medi-Cal.

Equipo de atención médica: consulte “Equipo de cuidados interdisciplinario”.

Etapas de cobertura de gastos excedentes: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando alcanza el límite de \$7,400 por sus medicamentos recetados.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services, CBAS): un programa ambulatorio de servicios en un centro que ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia o cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen los criterios de elegibilidad correspondientes.



Queja: una declaración escrita o verbal que indica que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o su atención médica cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de servicio, calidad de su atención médica, nuestros proveedores y nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una queja”.

Establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Brinda una variedad de servicios que incluyen terapia física, 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 surte ciertos medicamentos recetados. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento recetado.

Costos compartidos: los montos que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Nivel de costo compartido: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos) está en uno de cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Decisión de cobertura: una decisión acerca de qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios médicos. El **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y recursos de apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

La capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de atención médica, que les ayuda a comprender mejor los orígenes, valores y creencias de nuestros miembros para adaptar los servicios con el fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Tarifa diaria de costo compartido: una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes.



Por ejemplo: digamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por su medicamento es de un poco menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago es un poco menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total menos de \$0.35.

Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS): el departamento del estado en California que administra el programa de Medicaid (conocido como Medi-Cal en California)

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC): el departamento del estado en California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Cancelación de la membresía: es el proceso en el cual usted deja de ser miembro de nuestro plan. La cancelación de la membresía puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de cinco (5) niveles de costo compartido.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): un plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME): ciertos artículos que su médico indica para usar en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas ortopédicas que un proveedor le ordena para su uso en casa; bombas de infusión intravenosa; dispositivos de generación del habla; equipos y suministros de oxígeno; nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar una muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Atención médica de emergencia: los servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para brindar los servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de trastorno de la conducta.

Excepción: el permiso para obtener cobertura de un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin seguir ciertas reglas y limitaciones.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. A la Ayuda Adicional también se le llama “subsidio por ingresos bajos” (Low-Income Subsidy, LIS).

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona igual que el medicamento de marca.

Queja: una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): un programa que ofrece información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud: una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con un administrador de atención médica para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención médica que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para comprender su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Ayudante de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren de las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Un ayudante de salud en el hogar no tiene licencia de enfermería ni proporciona terapia.

Cuidados paliativos: un programa de atención y apoyo para ayudar a vivir cómodamente a personas que tienen un pronóstico terminal. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.

- Un miembro con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo especializado de profesionales y cuidadores brinda atención integral para la persona, esto incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto del costo compartido del plan por los servicios. Llame a Servicios para los Miembros si recibe alguna factura que no entiende.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Como miembro del plan, solo paga los montos del costo compartido de nuestro plan cuando obtiene los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más que este monto.

Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR): si rechazamos su solicitud de servicios o tratamientos médicos, puede presentar una apelación. Si está en desacuerdo con nuestra decisión y su problema se relaciona con un servicio de Medi-Cal, incluidos los suministros y medicamentos DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la IMR se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no paga ningún costo por una IMR.

Plan de Atención Médica Personalizada (Individualized Care Plan, ICP o Plan de Atención): un plan para los servicios que recibirá y la manera como va a obtenerlos. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para los trastornos de la conducta y servicios y recursos de apoyo a largo plazo. El plan de atención desarrollado por un miembro de D-SNP y el equipo de cuidados interdisciplinario (ICT) del miembro. También llamado Plan de atención médica.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos de la Parte D alcancen los \$7,400. Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por ingresos bajos. Esta etapa inicia cuando usted surte su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: un término usado cuando lo admiten formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo admitieron formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

Equipo de cuidados interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT o equipo de atención médica): un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, consejeros u otros profesionales de la salud disponibles para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a crear un plan de atención.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le informa si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A la lista de medicamentos a veces se le llama "formulario".

Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo Administrados (Managed Long-term services and supports, MLTSS): los servicios y recursos de apoyo a largo plazo administrados ayudan a mejorar el estado de salud a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a una residencia de reposo o un hospital. Los MLTSS incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y Residencia de reposo (NF).

Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.



Subsidio por ingresos bajos (Low-income subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Programa de pedidos por correo: algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma con regularidad.

Medi-Cal: este es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y es financiado por el gobierno estatal y federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y recursos de apoyo a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos por atención médica se cubren si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y recursos de apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Medicamento necesario: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que evita que tenga que ir a un hospital o a una residencia de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica. En la definición estatal de servicios médicos médicamente necesarios se incluyen los servicios que son razonables y necesarios para proteger la vida, para prevenir una enfermedad o una discapacidad significativas o para reducir o eliminar el dolor intenso.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en estado terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare por medio de Medicare Original o de un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage Plan: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes de MA”, que ofrece planes mediante compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Miembro de Medicare-Medi-Cal: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. A un miembro de Medicare-Medi-Cal también se le llama un “individuo con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, en hospitales de enfermería, en el hogar y en centros de cuidados paliativos.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre los 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 condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare por medio de un Medicare Advantage Plan.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre los medicamentos recetados, las vacunas y otros suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare ni por Medi-Cal. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente determinadas categorías de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Gestión de terapias con medicamentos: un grupo diferenciado de servicio o grupo de servicios prestados por proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare y Medi-Cal que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Manual para Miembros e información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de contestar a sus preguntas acerca de la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para los Miembros.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Farmacia de la red: una farmacia que ha acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Residencia o centro de reposo: un lugar que brinda atención para las personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital.

Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente (Ombudsman): una oficina en su estado que trabaja como un defensor en su nombre. Pueden contestar sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué tiene que hacer. Los servicios de defensa de los derechos del paciente son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual para Miembros*.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando este o alguno de nuestros proveedores toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o no y cuánto paga usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les llama “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* explica las decisiones de cobertura.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios están cubiertos cuando se paga a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica cantidades que determina el Congreso.

- Usted puede ser atendido por el médico, hospital u otro profesional de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: Parte A (seguro de hospitalización) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está empleado por nuestro plan, no es propiedad del mismo ni es operado por este y no está sujeto a un contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* se explica a los proveedores o centros fuera de la red.

Costos de bolsillo: el requisito de costo compartido que los miembros deben pagar por parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se le llama requisito de costos "de bolsillo". Consulte la definición de "costo compartido" anterior.

Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o fármacos que una persona puede comprar sin receta médica de un profesional de la salud.

Parte A: consulte "Parte A de Medicare".

Parte B: consulte "Parte B de Medicare".

Parte C: consulte "Parte C de Medicare".

Parte D: consulte "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información personal de salud (también llamada "información médica protegida", [Personal health information, PHI]): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguridad social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestra Notificación de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a este.

Proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba la atención médica que necesita para mantenerse saludable.

- Este proveedor también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención médica y puede remitirlo con ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, primero debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de los proveedores de atención primaria.



Autorización previa: una aprobación que tiene que conseguir de nosotros antes de que pueda obtener un servicio o medicamento específico, o ser atendido por un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos únicamente si obtiene una autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa del plan están señalados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): un programa que cubre beneficios de Medicare y Medi-Cal en conjunto para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o función, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (Quality improvement organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a QIO para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre QIO.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede recibir. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Referencia: una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no sea su PCP. Si no recibe la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en la salud de la mujer. Puede encontrar más información en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.



Servicios confidenciales: servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Área de servicio: un área geográfica donde el plan de salud acepta a miembros si limita la membresía según donde vivan las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales a los que puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener nuestro plan.

Parte del costo: la parte de los costos de su atención médica que quizás tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo varía dependiendo de sus ingresos y recursos.

Hospital de enfermería (Skilled nursing facility, SNF): un centro de enfermería con el personal y equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios relacionados con la salud.

Hospital de enfermería (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan continua y diariamente en un hospital de enfermería. Los ejemplos de atención médica en un hospital de enfermería incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas (IV) que pueden proporcionar una enfermera titulada o un médico.

Especialista: un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en específico.

Farmacia especializada: Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia del Estado: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no vamos a aprobar o si no continuaremos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted puede solicitar una Audiencia del Estado. Si la Audiencia del Estado se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio que usted solicitó.

Terapia de pasos: una regla de cobertura que le exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Social Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social. El SSI proporciona automáticamente cobertura de Medi-Cal.

Atención médica de urgencia: la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero necesita atención médica inmediatamente. Usted puede obtener la atención médica de urgencia requerida por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no tiene acceso a ellos.



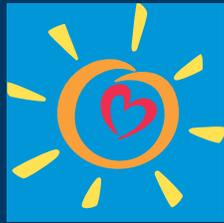
Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite medicare.lacare.org.

Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus

LLAME AL	<p>1-833-522-3767</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p> <p>El Departamento de Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</p>
FAX	1-213-438-5712
ESCRIBA A	<p>L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1055 West 7th Street Los Angeles, CA 90017</p>
SITIO WEB	medicare.lacare.org



Si tiene preguntas, llame a L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite medicare.lacare.org.



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.



Línea gratuita: **1.833.522.3767** | TTY: **711**



lacare.org/es