



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

Manual para Miembros 2026

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



L.A. Medicare Plus (HMO D-SNP) *Manual para Miembros*

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura médica y de medicamentos de acuerdo con L.A. Care Health Plan

Manual para Miembros: Introducción

Este *Manual para Miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, contiene información sobre su cobertura de acuerdo con nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, los servicios para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos, y los servicios y recursos de apoyo a largo plazo. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros*.

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

Cuando este *Manual para Miembros* mencione “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestro plan”, hace referencia a L.A. Care Medicare Plus.

Este documento está disponible de forma gratuita en *árabe, armenio, chino, panyabi, hindi, hmong, japonés, coreano, laosiano, mien, camboyano, farsi, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita*.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o en formato de audio, llamando 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.

- Puede pedirnos que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se llama solicitud permanente. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no necesite realizar solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para recibir este documento en otro idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, comuníquese con Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente.

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

❖ **ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-522-3767 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-522-3767 (TTY: 711). These services are free of charge.**

N.º de aprobación de la OMB: 0938-1444 (Vence el 30 de junio de 2026)

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).



❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. هذه الخدمات مجانية.

❖ Հայերեն պիտակ (**Armenian**)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767 (TTY: 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

❖ 简体中文标语 (**Chinese**)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。



- ❖ **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।
- ❖ **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।
- ❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



❖ **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄຸນພການເຊນເອກະສານທັບປັນອກສອນນນູແລະມໂຕພມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທໂທຫາເບ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



❖ **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767**

(TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសូម្បីជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណុះ បេអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជួនពុំការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរធុស្ត សម្រាប់ជួនពុំការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពធ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



❖ **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

❖ **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.



❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí



Otros idiomas

- ❖ Puede obtener este *Manual para Miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. L.A. Care Medicare Plus ofrece traducciones escritas de traductores calificados. Llame al 1-833-522-3767 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Lea este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia idiomática para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

- ❖ Puede obtener esta información, de manera oportuna, en otros formatos como braille, letra grande tamaño 20, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo alguno para usted. Llame al 1-833-522-3767 (TTY 711). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

- ❖ L.A. Care Medicare Plus ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario pedir a un familiar o amigo que sea su intérprete. Desalentamos pedir a menores que actúen como intérpretes a menos que sea una emergencia. Se ofrecen servicios de interpretación, lingüísticos y culturales gratuitos. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para obtener este manual en un idioma diferente, llame al 1-833-522-3767 (TTY 711). La llamada es gratuita.



Índice

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro.....	10
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes	22
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos.....	44
Capítulo 4. Cuadro de beneficios	67
Capítulo 5. Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	136
Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal ..	156
Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.....	166
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	172
Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones o quejas).....	192
Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	239
Capítulo 11. Avisos legales	248
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes	252

Avisos legales

- ❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. La inscripción en L.A. Care Medicare Plus depende de la renovación de los contratos.
- ❖ Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarles con al menos 30 días de antelación.



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 de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en este. 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 este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan	12
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal	12
C. Ventajas de nuestro plan.....	13
D. Área de servicio de nuestro plan	14
E. ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?.....	14
F. ¿Qué puede esperar cuando recién se una a nuestro plan de salud?.....	14
G. Su equipo de atención médica y plan de atención.....	15
G1. Equipo de atención médica	15
G2. Plan de atención médica.....	16



H.	Resumen de costos importantes	16
H1.	Prima del plan	16
	<p>No tiene que pagar una prima por este plan según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. 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” (<i>Low-Income Subsidy, LIS</i>).</p>	
H2.	Prima mensual de la Parte A y la Parte B de Medicare	16
H3.	Prima de beneficio complementario opcional	17
H4.	Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare	17
I.	Este <i>Manual para Miembros</i>	17
J.	Otra información importante que recibirá de nosotros	17
J1.	Su tarjeta de identificación para miembro	18
J2.	<i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	18
J3.	<i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	19
J4.	<i>Explicación de beneficios</i>	20
K.	Cómo mantener su registro de membresía actualizado	20
K1.	Privacidad de la información personal de salud (PHI)	21



A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y 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 (Long-Term Services and Supports, LTSS) 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. **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 para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención médica que usted ayuda 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 puedan 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 su Medi-Cal de L.A. Care de su plan de salud de Medi-Cal de L.A. Care anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios a través de L.A. Care Medicare Plus. No habrá ningún lapso en su cobertura de Medi-Cal de L.A. Care. 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. Llámenos al número que se encuentra en la parte inferior de la página 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 estos condados en California, el condado 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser 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 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 un ciudadano o residente legal de los Estados Unidos; **y**
- sea elegible para Medi-Cal actualmente.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se puede esperar que la recupere en un plazo de 3 meses, entonces todavía es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

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

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

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 necesidades médicas, de salud conductual 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 nuestro plan es algo nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos que consulta actualmente durante algún tiempo, incluso si no están en nuestra red. A esto le llamamos la 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:



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, 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. Puede realizar esta solicitud llamando al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Si corre el riesgo de sufrir daños, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar la documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando presente su solicitud.

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

Después de que finaliza el periodo de continuidad de la atención médica, usted tendrá que recibir atención de 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*), se le asignará 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 administrador de atención médica es una persona que está capacitada para ayudarle a manejar el cuidado médico 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 LTSS u otros servicios.

Su plan de atención médica incluye:

- sus objetivos y preferencias personales de atención médica, **y**
- un cronograma de cuándo debe obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se comunicará con usted después de su HRA. Le preguntará sobre los servicios que necesita. También le informará sobre los servicios que se recomienda recibir. Su plan de atención médica se crea en función de sus respuestas en la HRA y cualquier otra información que comparta con su equipo de atención médica. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención médica al menos una vez al año, o con más frecuencia si cambian sus necesidades. Si decide no participar en su plan de atención médica o su administrador de atención médica no puede comunicarse con usted, se creará un plan de atención médica para usted basado en sus respuestas en la HRA.

H. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- prima del plan (**Sección H1**)
- prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- prima de beneficio complementario opcional (**Sección H3**)
- monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (**Sección H4**)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

H1. Prima del plan

No tiene que pagar una prima por este plan según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. 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).



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.

H2. Prima mensual de la Parte A y la Parte B de Medicare

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

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

H3. Prima de beneficio complementario opcional

Si se inscribió para obtener beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Consulte el **Capítulo 4, Sección E** para obtener más detalles.

H4. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido entre la cantidad de meses restantes en el año.

El **Capítulo 2** brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este Manual para Miembros

Este *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas 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.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan desde el 1.º de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.



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).

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*, también conocida como una *Lista de medicamentos* o un *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación para miembro

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

 L.A. Care Medicare Plus. <small>(HMO D-SNP)</small>		<small>In case of an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). If you are not sure, call your Primary Care Provider (PCP) or contact our 24-Hour Nurse Advice Line.</small>	
Member Name: Member ID:		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: 1-855-552-8243 24-Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Find My Urgent Care: 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) Website: medicare.lacare.org	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name:		Send Claims To: L.A. Care Health Plan, Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081 Providers can call for Pre-authorizations: 1-877-431-2273 Claim Inquiry: 1-866-522-2736	
PCP Phone: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays:		MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small> RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: LDSNP RxID:	
PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0-25%			

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.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de miembro, el proveedor podría cobrarle a Medicare en lugar de a su plan y usted podría recibir una factura. Es posible que le pidan mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados estudios clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *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:

- Trastorno de consumo de sustancias.
- Medi-Cal Rx.
- Le recomendamos llevar ambas tarjetas para acceder a sus servicios.

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.



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

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, enfermeros 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**
 - servicios y recursos de apoyo a largo plazo administrados (*Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS*), servicios para los trastornos de la conducta, agencias de asistencia en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como 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, 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 se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios para los Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.



J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la *Lista de medicamentos* para abreviar. Le informa qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de L.A. Care Medicare Plus.

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 este *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 que se encuentra en la parte inferior de la página.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos de la Parte D de Medicare. 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 de la Parte D de Medicare y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo le 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.

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 médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.



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.

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;
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- admisión en una residencia de reposo o un hospital;
- atención médica en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios con su cuidador (o cualquier persona responsable de usted), **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquier información cambia, llame a Servicios para los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

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
- solicitar un cambio de médico o grupo médico
- administrar sus medicamentos, ver su historial de medicamentos, encontrar una farmacia y acceder a todos los demás beneficios de farmacia
- 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 este *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 para abogar en su nombre. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Servicios para los Miembros.....	23
B. Su administrador de atención médica	26
C. Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros Médicos (HICAP).....	28
D. Línea de Enfermería	29
E. Línea de cuidado para los trastornos de la conducta en casos de crisis	30
F. Organización de Mejora de la Calidad (QIO).....	31
G. Medicare.....	32
H. Medi-Cal	33
I. Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente de la División de Atención Médica Administrada y de Salud Mental de Medi-Cal	34
J. Servicios Sociales del condado	35
K. Agencia de servicios para los trastornos de la conducta del condado.....	36
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California.....	37
M. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos	38
M1. Ayuda Adicional de Medicare	38
M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP).....	39
M3. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	39
N. Seguro Social.....	40
O. Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	41
P. Otros recursos.....	42
Q. Programa dental de Medi-Cal	43



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. Esta llamada es gratuita.</p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio si llama al número anterior.</i></p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.</p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</i></p>
FAX	1-213-438-5712
ESCRIBA A	<p>L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street 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, **o**
 - 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 este *Manual para Miembros*.
- apelaciones sobre su atención médica



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 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 este *Manual para Miembros* o comuníquese con Servicios para los 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 ante nosotros o ante la Organización de Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*) sobre la calidad de la atención médica que recibió (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/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - 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 (www.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, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.



- apelaciones sobre sus medicamentos
 - 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, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos, 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/my/medicare-complaint. 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, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.
- pagos por atención médica o medicamentos 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 este *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 este *Manual para Miembros*.



B. Su administrador de atención médica

¿Qué es un administrador de atención médica?

- Un administrador de atención médica es un enfermero u otra persona con licencia que lo conocerá y aprenderá sobre sus necesidades de salud. El administrador de atención médica 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. El administrador de atención médica revisa la atención que usted necesita, realiza un plan de atención con usted para determinar cómo obtendrá la atención que necesita, coordina su atención y da seguimiento para ver cómo funciona todo.

Puede hablar con su administrador de atención médica para ayudarle a responder preguntas y encontrar el apoyo adecuado con el fin de asegurar que permanezca tan saludable como sea posible.

¿Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica?

- Puede llamar a Servicios para los Miembros a los números que se mencionan a continuación. Le conectarán con la unidad de 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. Esta 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. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número. <i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</i>
FAX	1-213-438-5712
ESCRIBA A	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
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.

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

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de cuidado para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y de consumo de sustancias)
- preguntas sobre sus beneficios dentales y de la vista
- preguntas sobre el transporte para asistir a citas médicas
- preguntas sobre los servicios y recursos de apoyo a largo plazo (*long-term services and supports, LTSS*), incluso los Servicios Comunitarios para Adultos (*Community Based Adult Services, CBAS*) y residencias de reposo (*Nursing Facilities, NF*)
- preguntas sobre los apoyos comunitarios para ayudarlo a permanecer seguro en su hogar (por ejemplo, servicios de un cuidador, modificaciones en el hogar, programas de vivienda y comidas)

Podría ser elegible para estos servicios:

- Servicios de transición a centros de vida asistida.
- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS).
- Servicios comunitarios o de transición.
- Modificaciones en el hogar.
- Centros de cuidados paliativos.
- Servicios de asistencia en el hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*), a través de la agencia de servicios sociales de su condado.
- atención de enfermería especializada
- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales medicos
- servicios de salud en el hogar
- Atención médica a largo plazo (*Long Term Care, LTC*) en una residencia de reposo o en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (*Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD*) (Nota: No se requiere autorización previa si el centro tiene **contrato** con L.A. Care).
- Cuidados paliativos.
- Servicios domésticos y de atención personal (*Personal Care and Homemaker Services, PCHS*).
- Servicios de relevo para cuidadores.
- modificación en el hogar
- servicios de transición y desviación a una residencia de reposo
- Algunas veces puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de vida.



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

El Programa de Ayuda con Seguros de Salud Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama el Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). 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 es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local de seguros médicos a personas con Medicare.

LLAME AL	1-800-434-0222 Programe una cita para ver a un asesor en su oficina local del HICAP.
TTY	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.
ESCRIBA A	Los Angeles Country HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
SITIO WEB	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Comuníquese con el HICAP para recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle a:
 - entender sus derechos;
 - entender sus opciones de planes;
 - responder preguntas sobre el cambio de planes;
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
 - resolver problemas de facturación o reclamos.



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 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, 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 poder llamar a este número.</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.

E. Línea de cuidado para los trastornos de la conducta en casos de crisis

Si siente soledad, agobio, desesperanza o tiene pensamientos suicidas, los servicios de crisis están disponibles para ofrecerle apoyo emocional y recursos.

LLAME AL	<p>988 Esta 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>988 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos</p>

Si tiene una necesidad de salud conductual urgente, pero no se trata de una emergencia, puede llamar a nuestras líneas de servicios para los trastornos de la conducta para hacer preguntas clínicas sobre la salud conductual.

LLAME AL	<p><i>Para los servicios de salud mental: 1-877-344-2858. La llamada es gratuita.</i></p> <p><i>Para servicios de consumo de sustancias: 1-844-804-7500. La llamada es gratuita.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p><i>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</i></p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos</i></p>

Comuníquese con la Línea de cuidado para los trastornos de la conducta en casos de crisis 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**.



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 Commence Health. 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. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.
ESCRIBA A	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención médica que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención médica; como recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
 - 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.



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 (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.
HABLE POR CHAT EN VIVO	Hable por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención médica brindada por planes, residencias de reposo, hospitales, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web útiles y números de teléfono. <p>Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de 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.

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 y jóvenes que se encuentran bajo cuidado de crianza temporal y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

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

Está inscrito en Medicare y Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al administrador de atención médica de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

LLAME AL	1-800-430-4263 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 poder llamar a este número.
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 de la División de Atención Médica Administrada y de Salud Mental de Medi-Cal

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

LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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 poder llamar a este número.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.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 con la agencia local de Servicios Sociales de su condado. Para los miembros de la comunidad del condado de Los Ángeles que buscan todo tipo de servicios de salud, humanos y sociales en el condado de Los Ángeles, llame al 2-1-1 para obtener apoyo adicional, recursos o referencias.

Comuníquese con la agencia de Servicios Sociales de su condado para solicitar servicios de asistencia en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer de manera segura en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer compras o transporte.

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

LLAME AL	1-866-613-3777 La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:30 p. m. (excepto los días festivos). El Centro de Servicio al Cliente (<i>Customer Service Center, CSC</i>) 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 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.
ESCRIBA A	<i>Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746</i>
SITIO WEB	<i>http://dpss.lacounty.gov</i>



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. Agencia de servicios para los trastornos de la conducta del condado

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

LLAME AL	<p>1-800-854-7771 La llamada es gratuita.</p> <p><i>Presione 1 para servicios de salud mental.</i></p> <p><i>Presione 2 para servicios de consumo de sustancias.</i></p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</i></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 poder llamar a este número.</p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.</i></p>

Comuníquese con la agencia de cuidado para los trastornos de la conducta para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental proporcionados por el condado
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias que brinda el condado
- El Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health, DMH*) del condado de Los Ángeles proporciona servicios de salud mental especializados que incluyen servicios de salud mental ambulatorios, rehabilitación diurna o servicios intensivos de tratamiento, intervención y estabilización en casos de crisis, administración de casos específicos, servicios de apoyo con medicamentos, servicios de tratamiento residencial para adultos y crisis y servicios móviles para 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 poder llamar a este número.
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.dmhca.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. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos

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

M1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, califica y está recibiendo la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos del plan. No necesita hacer nada para recibir esta “Ayuda Adicional”.

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

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

- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda que debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.



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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través de la información del ADAP específica del estado. Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, tener bajos ingresos (según lo define el estado) y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. excepto los días festivos.

M3. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Si participa en el plan de pago para medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP*) y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov.



N. Seguro Social

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

Es importante comunicarse con el Seguro Social para informarles si se muda o cambia su dirección postal.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar su servicio automatizado de teléfono para obtener información grabada y realizar algunas transacciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.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.

O. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (*Railroad Retirement Board*, RRB) es una oficina federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

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

P. Otros recursos

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

Si tiene problemas con:

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

El Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa de Defensa de los Derechos del Paciente es el 1-855-501-3077.



Q. Programa dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles por medio del programa dental de Medi-Cal, que incluyen, entre otros, servicios tales como:

- exploraciones iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

Los beneficios dentales están disponibles a través del pago por servicio (*Fee-for-Service*, FFS) dental de Medi-Cal y la atención dental administrada (*Dental Managed Care*, DMC).

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

En lugar del pago por servicio dental de Medi-Cal, usted puede obtener beneficios dentales por medio de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en los condados de Sacramento y Los Ángeles. Si desea obtener más información acerca de los planes dentales, 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. Los contactos de los planes de atención dental administrada también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.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.

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 este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	46
B. Reglas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan.....	46
C. Su administrador de atención médica	48
C1. Qué es un administrador de atención médica	48
C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica	48
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.....	48
C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica.....	48
D. Atención médica de proveedores	48
D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria (PCP)	48
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	51
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	52
D4. Proveedores fuera de la red.....	52
E. Servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS)	53
F. Servicios para el cuidado para los trastornos de la conducta (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	54
F1. Servicios de Medi-Cal para los trastornos de la conducta proporcionados fuera de nuestro plan	55



G. Servicios de transporte	58
G1. Transporte médico que no es de emergencia	58
G2. Transporte no médico	59
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre.	60
H1. Atención médica en una emergencia médica	60
H2. Atención médica de urgencia	61
H3. Atención médica durante un desastre	62
I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos.	62
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.	62
J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	63
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	63
J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	63
J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	64
K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud	64
K1. Definición de una institución religiosa no médica de atención de la salud	64
K2. Atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud	64
L. Equipo médico duradero (DME)	65
L1. DME como miembro de nuestro plan	65
L2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original	65
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	66
L4. Equipo de oxígeno cuando cambie a Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA)	66



A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios son atención médica, servicios y recursos de apoyo a largo plazo (*Long-Term Services and Supports*, LTSS), suministros, servicios para los trastornos de la conducta, 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, el cuidado para los trastornos de la conducta y los LTSS cubiertos están indicados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otros profesionales que le brindan servicios y atención médica y están autorizados por el estado. Entre los proveedores también se 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 LTSS.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acuerdan aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos coordinado para que estos proveedores le brinden servicios cubiertos. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Por lo general, cuando le atiende 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 todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye el cuidado para los trastornos de la conducta y los LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios para los trastornos de la conducta y muchos LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención médica que reciba debe estar incluida en nuestro Cuadro de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
 - La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. 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 le brinda y supervisa su atención. Como miembro del plan, debe escoger a un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, 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.
-



- 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 de urgencia, para consultar a un proveedor de la salud de la mujer o para cualquiera de los otros servicios enumerados en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Usted debe recibir su atención médica de parte de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención médica que proporciona un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados. 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, 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. Para conocer cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - 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.
 - 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 este *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir consultando a sus proveedores actuales hasta por 12 meses para recibir servicios. Durante ese tiempo, su 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 cubriremos su atención médica si continúa consultando a proveedores fuera de nuestra red que no estén afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra cobertura de salud: los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda otra cobertura médica (*Other Health Coverage, OHC*) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura médica, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, cubriendo los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.



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 enfermero u otra persona con licencia que lo conocerá y aprenderá sobre sus necesidades de salud. El administrador de atención médica 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:

- o evaluar sus necesidades de atención médica
- o planificar su atención con usted y con su equipo de atención médica
- o crear un plan de atención médica personalizado que se enfoque en sus necesidades y elecciones
- o apoyar la coordinación su atención médica
- o comunicarse con usted y sus médicos
- o darle seguimiento para saber cómo va y, si es necesario, hacer cambios

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador de atención médica

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.

C3. Cómo puede cambiar su administrador de atención médica

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.

D. Atención médica de proveedores

D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe escoger a un 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



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.

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 tienen 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:

- o rayos X
- o pruebas de laboratorio
- o terapias
- o atención de médicos especialistas
- o ingresos al hospital
- o atención médica de seguimiento

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

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 Plan 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.

L.A. Care Medicare Plus trabaja con un número extenso de médicos, especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención médica. Algunos de estos proveedores trabajan dentro de una red, a veces llamada “grupo médico” o “asociación de consultorios independientes” (*Independent Practice Association, IPA*). Estos proveedores también pueden tener un contrato directo con L.A. Care Medicare Plus.

Su proveedor de atención primaria (PCP) le referirá a especialistas y servicios que estén conectados con el grupo médico o la IPA de dicho proveedor o con L.A. Care Medicare Plus. Si usted ya se atiende con un especialista, hable con su PCP o llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY 711). Servicios para los Miembros le ayudará a atenderse con ese proveedor si usted es elegible para la continuidad de la atención médica.

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.



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.

Primero, debe elegir un PCP. 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.

- o 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.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, también podría cambiar 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 o nuestro plan antes de consultar a 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 o nuestro plan:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.



- Servicios cubiertos de urgencia que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama 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 de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou, y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.

Además, si usted es un miembro indígena estadounidense, puede obtener servicios cubiertos de un proveedor de atención médica para indígenas de su elección, sin necesidad de una referencia de un PCP de la red o autorización previa.

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.
- Los cardiólogos cuidan de pacientes con problemas del corazón.
- Los 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 a otros proveedores determinados. 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 sobre qué 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.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto al proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asignó al proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene el derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- 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 cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. *Se necesita autorización previa.*
- Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.
- 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 ante la Organización de Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*), una queja sobre la calidad de la atención médica, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).



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 la 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. Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir a un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de L.A. Care Medicare Plus, excepto para atención médica de emergencia y servicios de urgencia. 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 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.

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

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

E. Servicios y recursos de apoyo a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un hospital de enfermería. Tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, que incluyen:

- Servicios Comunitarios para Adultos (*Community Based Adult Services, CBAS*)
 - Un programa en virtud del cual los miembros pueden ir a un centro durante el día para recibir asistencia con sus necesidades cotidianas.
- Apoyos comunitarios
 - Servicios domésticos y de atención personal (*Personal Care and Homemaker Services, PCHS*)
 - Servicios temporales para personas que necesitan ayuda con actividades de la vida cotidiana, como limpiar la casa, preparar comidas o hacer las compras de comestibles. Otros servicios pueden estar disponibles.
 - Servicios de atención de relevo
 - Este servicio proporciona descanso únicamente para el cuidador principal del miembro.
 - Modificaciones 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.

- Adaptaciones físicas al hogar que sean necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro.
- Servicios de transición a centros de vida asistida
 - Facilitan la transición de la residencia de reposo a un entorno comunitario similar a un hogar o derivarlo desde una residencia de reposo. Estos servicios ayudan a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la institucionalización cuando sea posible.
- Centro de cuidados paliativos
 - Los cuidados paliativos son un enfoque holístico para los miembros con enfermedades terminales. Esto incluye servicios médicos, de enfermería, sociales, psicológicos, emocionales y espirituales. Los centros de cuidados paliativos consisten en intervenciones que se centran en la calidad de vida, incluida la atención integral de la persona.
 - Para obtener más información, Consulte el Capítulo 4: Cuadro de beneficios: Servicio cubierto para cuidados paliativos.
- Programa de servicios de asistencia en el hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*)
 - Los IHSS son un programa estatal de California, disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Los IHSS brindan atención en el hogar para ayudar con actividades de la vida cotidiana, como limpiar la casa, preparar comidas o hacer las compras de comestibles. Otros servicios pueden estar disponibles.
- Atención en un centro de cuidados intermedios
 - Hogar comunitario que brinda atención las 24 horas a miembros con una discapacidad del desarrollo.
- Cuidados paliativos
 - Atención enfocada en prevenir, tratar y aliviar el dolor y otros efectos debilitantes de enfermedades graves y crónicas.
- Atención en un hospital de enfermería
 - Proporciona atención médica, social y personal a miembros con condiciones médicas o mentales que necesitan atención constante y continua.

Si cumple con los criterios para cualquiera de los programas de LTSS, le ayudaremos a coordinar estos servicios para garantizar que tenga la atención y el apoyo necesarios en el hogar. Puede llamar al Departamento de LTSS para analizar estos programas o hablar con su proveedor de atención médica sobre sus necesidades de atención.

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

Tiene derecho a acceder 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 y la atención médica administrada



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.

de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializados de Medi-Cal o servicios de trastorno por consumo de sustancias del condado, 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.

L.A. Care es responsable de las discapacidades leves a moderadas resultantes de un trastorno mental, conocidas como servicios de salud mental no especializados (*Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS*), que se brindan a través de Carelon Behavioral Health, el proveedor de L.A. Care. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- evaluación y tratamiento de salud mental, incluida psicoterapia individual, grupal y familiar
- servicios ambulatorios, que incluyen análisis de laboratorio, medicamentos y suministros
- servicios ambulatorios para controlar el tratamiento farmacológico
- consultas psiquiátricas
- exámenes psicológicos para evaluar una enfermedad mental
- admisiones psiquiátricas para pacientes hospitalizados

F1. 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 (*Mental Health Plan, MHP*) del condado 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
- servicios de tratamiento diurno intensivo
- servicios de rehabilitación diurna
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de estabilización en casos de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios en centros de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- administración de casos personalizada
- reingreso con antecedentes penales



- tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment, ACT*)
- tratamiento comunitario asertivo forense (*forensic assertive community treatment, FACT*)
- atención especializada coordinada (*coordinated specialty care, CSC*) para el tratamiento del primer episodio de la psicosis (*first episode psychosis, FEP*)
- servicios de la casa club
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (*community health worker, CHW*)
- empleo con apoyo
- servicios de apoyo de pares
- servicios comunitarios móviles de intervención en caso de crisis
- servicios terapéuticos para trastornos de la conducta
- cuidado de crianza temporal terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que proporciona el Departamento de Salud Pública para la Prevención y Control de Abuso de Sustancias (*Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention & Control, DPH-SAPC*) del condado de Los Ángeles incluyen:

- servicios ambulatorios de tratamiento intensivo
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento con narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamento)

Los servicios del sistema de entrega organizado de medicamentos de Medi-Cal (*Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS*) están a su disposición por medio del Departamento de Salud Pública para la Prevención y Control de Abuso de Sustancias (DPH-SAPC) del condado de Los Ángeles si cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios ambulatorios de tratamiento intensivo
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamento)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de administración de abstinencia



- programa de tratamiento con narcóticos
- servicios para la recuperación
- administración de casos
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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

Los miembros del Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (*Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP*) que necesitan servicios para los trastornos de la conducta, incluidos servicios de salud mental y de consumo de sustancias, pueden acceder a los servicios a través del proveedor de salud conductual de L.A. Care, Carelon Behavioral Health, el Departamento de Salud Mental (DMH) del condado de Los Ángeles y el Departamento de Salud Pública para la Prevención y Control de Abuso de Sustancias (DPH-SAPC) del condado de Los Ángeles. El sistema de prestación de servicios en el que los miembros pueden acceder a la atención se basa en el tipo y la gravedad de los síntomas y las deficiencias. No se necesita una referencia de un PCP para acceder a los servicios para los trastornos de la conducta y existe un enfoque de “no hay puertas equivocadas” para acceder a los servicios, con múltiples puntos de entrada. Un servicio es “médicamente necesario” o una “necesidad médica” cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad importante o una discapacidad importante, o para aliviar un dolor intenso.

L.A. Care facilitará la coordinación de los servicios para los trastornos de la conducta para los miembros de D-SNP cuando los miembros accedan a los servicios para trastornos de la conducta a través de las entidades del condado según sea necesario y, cuando sea necesario, se firmen los consentimientos correspondientes. L.A. Care y las entidades del condado siguen un proceso de revisión acordado mutuamente para facilitar la resolución oportuna de disputas clínicas y administrativas.

Para servicios de salud mental cubiertos por el plan, comuníquese con Carelon Behavioral Health al 1-877-344-2858.

Para servicios de salud mental especializados, comuníquese con la línea de ayuda del DMH del condado de Los Ángeles al 1-800-854-7771.

Para servicios de consumo de sustancias, comuníquese con el DPH-SAPC del condado de Los Ángeles, comuníquese con la Línea directa de servicios de consumo de sustancias (Substance Abuse Services Hotline, SASH) al 1-844-804-7500.

Tenemos personas disponibles para ayudarle, comuníquese con los servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.



G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es 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 recetará 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.

G2. 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
- recoja 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 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 miembros indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

L.A. Care Medicare Plus proporciona el transporte no médico de menor costo que satisface sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible.

No puede conducir usted mismo ni se le reembolsará 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.



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

H1. Atención médica en una emergencia médica

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

- un riesgo grave para su vida o la del niño por nacer; ●
- la pérdida o el 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 la aprobación ni una referencia de su PCP. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, infórmele a nuestro plan sobre su emergencia.** Daremos seguimiento a 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, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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



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 no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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 conductual. 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.

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

- acude a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que obtenga se considera “atención médica de urgencia” y sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

H2. 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 una enfermedad o lesión imprevista.

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

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, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cómo recibir atención médica de urgencia

- Llame al 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, para encontrar un centro de atención médica de urgencia cerca de usted.

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. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.



L.A. Care Medicare Plus ofrece cobertura de urgencia mundial en cualquier lugar fuera de 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 Estados Unidos.

H3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de California, el secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de 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 recibir 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información.

I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos

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

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

I1. 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 este *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**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

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 derecho a apelar a nuestra decisión.



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 **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le explica cómo apelar 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. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

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

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

L.A. Care cubre los costos de atención médica de rutina para pacientes aceptados en estudios clínicos, incluidos estudios clínicos para cáncer, enumerados para Estados Unidos en <https://clinicaltrials.gov>. Medi-Cal Rx, que forma parte del 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. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la 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. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un estudio clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (*National Coverage Determinations*, NCD) que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (*Coverage with Evidence Development*, CED) y estudios de exención de dispositivo en investigación (*Investigational Device Exemption*, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para las personas inscritas en Medicare Original, lo alentamos a usted o su administrador de atención médica a comunicarse a Servicios para los Miembros para informarnos que participará en un estudio clínico.

J2. 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



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.

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.

J3. 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/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la 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 la salud.

Este beneficio se ofrece únicamente para servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

K2. Atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud

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

- El tratamiento médico “no objetado” es cualquier atención médica o tratamiento que sea **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “objetado” es cualquier atención médica o tratamiento que **no sea voluntario y sea obligatorio** en virtud de la ley federal, estatal o local.

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

- Medicare debe certificar la institución que brinda la atención médica.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención médica.



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 de parte de esta institución obtiene servicios que se ofrezcan en un centro de atención médica:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría 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 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.*

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El 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 es dueño de ciertos artículos de DME, como las prótesis.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** será propietario del DME alquilado, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas circunstancias limitadas, le transferimos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener más información.

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

Medicare generalmente solo cubre el equipo médico que usa en casa. Sin embargo, Medi-Cal también puede ayudarle a pagar el equipo que necesita fuera de casa, por ejemplo, en su vecindario.

L2. Propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven las propietarias de dicho equipo después de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede fijar el número de meses que las personas tienen que alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios del artículo.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por medio de Medicare Original o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos fijados por el plan de MA para poder ser propietario del artículo de DME si:

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



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 realizó pagos por el artículo de DME por medio de Medicare Original o un plan de MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan de MA no contarán para los pagos que usted tiene que hacer después de salir de nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para Medicare Original o cierta cantidad de nuevos pagos consecutivos fijados por el plan de MA para poder ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando usted regresa a Medicare Original o un plan de MA.

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

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

- el alquiler del equipo de oxígeno
- la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- los tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- el mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno

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

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

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 mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si todavía está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

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

- el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses
- el equipo de oxígeno y los suministros hasta por 5 años si es médicamente necesario

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener 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.

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



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. 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 este *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	68
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios	68
C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan.....	68
D. El Cuadro de beneficios de nuestro plan	71
E. Apoyos comunitarios	125
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	127
F1. Programa de Transiciones Comunitarias de California (CCT)	127
F2. Medi-Cal Dental	128
F3. Servicios de asistencia en el hogar (IHSS).....	129
F4. Programas de exención 1915(c): Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)	129
F5. Servicios para los trastornos de la conducta del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	132
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	134



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. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre. Además, puede conocer los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*. En este capítulo también se explican los límites para algunos servicios.

Como usted recibe ayuda de Medi-Cal, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para ver los detalles sobre las reglas del plan.

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.

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

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. 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 este *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 por los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios cuando se cumplan las siguientes reglas. Usted **no** pagará nada por los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen 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 “medicamente 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.



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 las nuevas personas inscritas, durante los primeros 90 días podemos no requerir que obtenga una autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención médica de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. El **Capítulo 3** de este *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 este *Manual para Miembros* le brinda más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- 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 (*Prior Authorization, PA*). Marcamos los servicios cubiertos en el Cuadro de beneficios que necesitan PA con un asterisco (*).
- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- *Si pierde sus beneficios de Medi-Cal dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua considerada, continuarán sus beneficios de Medicare en este plan. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Opciones de Atención Médica para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede mantener sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.*

Información importante sobre los beneficios para los miembros con ciertas condiciones crónicas.

Para calificar para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), debe tener una o más condiciones crónicas (que se indican a continuación) que cumplan con los criterios de elegibilidad. Además, debe tener problemas de salud graves a largo plazo que afecten su vida diaria, tener un alto riesgo de hospitalización u otros problemas de salud importantes, y requerir asistencia significativa para administrar su atención. Las respuestas de su evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) y sus expedientes médicos se utilizan para ayudar a determinar si usted califica. También puede pedirle a su médico que presente una solicitud a L.A. Care que verifique sus condiciones médicas elegibles y otros criterios de elegibilidad para SSBCI. Recuerde que el beneficio de SSBCI y sus requisitos (una vez aprobados) finalizan al final del año de beneficios. No todos califican.



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 alguna de las condiciones crónicas que se indican a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
 - dependencia crónica al alcohol y otras drogas
 - trastornos autoinmunes
 - cáncer
 - trastornos cardiovasculares
 - insuficiencia cardíaca crónica
 - demencia
 - diabetes mellitus
 - sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
 - enfermedad gastrointestinal crónica
 - enfermedad renal crónica (*Chronic kidney disease, CKD*)
 - trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - trastornos pulmonares crónicos
 - condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - trastornos neurológicos
 - derrame cerebral
 - posterior al trasplante de órganos
 - inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
 - condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
 - condiciones con desafíos funcionales
 - condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
 - condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en el Cuadro de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

La mayoría  todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana  muestra los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.



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. El Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un ultrasonido de detección único 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, un asistente médico, un enfermero con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<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 style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Además, pagamos ocho 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.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (<i>physician assistants, PA</i>), enfermeros con práctica médica (<i>nurse practitioners, NP</i>) o especialistas en enfermería clínica (<i>clinical nurse specialists, CNS</i>) (como se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (<i>Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM</i>), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, según lo exijan nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (<i>Code of Federal Regulations, CFR</i>).</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Acupuntura y quiropráctica de rutina (complementario)</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 45 visitas combinadas cada año para servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina que no estén cubiertos por Medicare ni por Medi-Cal. En la mayoría de los casos, debe usar un proveedor contratado para recibir los servicios cubiertos. Comuníquese con Servicios para los Miembros 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>\$0</p>
<p> Prueba de detección y asesoría 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]) 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 asesoría personal cada año (si puede y está alerta durante la asesoría) con un proveedor de atención primaria (PCP) o proveedor de servicios de salud calificado en un entorno de atención primaria.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención 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.</p> <p>Para otros casos (que no sean de emergencia), nosotros tendremos que aprobar los servicios de ambulancia. 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>\$0</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Pagamos un examen físico anual cada año además de la consulta de bienestar anual. Un examen físico anual incluye un historial médico y de antecedentes familiares detallado y una evaluación detallada de la cabeza a los pies mediante un examen práctico.</p>	<p>\$0</p>
<p> Consulta de bienestar anual</p> <p>Puede 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> <p>Nota: Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses siguientes a su consulta Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita acudir a una consulta Bienvenido a Medicare para recibir consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>\$0</p>
<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>	<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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios para los trastornos de la conducta</p> <p>L.A. Care Medicare Plus ofrece apoyo para discapacidades leves, moderadas o graves resultantes de un trastorno mental, que se brindan a través de Carelon Behavioral Health. Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación y tratamiento de salud mental, incluida psicoterapia individual, grupal y familiar • servicios ambulatorios, que incluyen análisis de laboratorio, medicamentos y suministros • servicios ambulatorios para controlar el tratamiento farmacológico • consultas psiquiátricas • exámenes psicológicos para evaluar una enfermedad mental • admisiones psiquiátricas para pacientes hospitalizados <p>Para obtener más información, comuníquese con Carelon Behavioral Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por teléfono: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD. • Para obtener más información sobre los servicios de Carelon Behavioral Health, visite: www.carelonbehavioralhealth.com/. <p>Hay alguien disponible para ponerle en contacto con los servicios 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Asignación de tarjeta prepagada de beneficios: de venta libre (OTC)</p> <p>Recibirá una asignación mensual de \$110, precargada en su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard®, para usar en artículos de salud y bienestar de venta libre (<i>over-the-counter</i>, OTC) aprobados, como medicamentos para la tos y el resfriado, vitaminas, analgésicos, vendajes y más. La tarjeta y las instrucciones de activación se le enviarán por correo entre 7 y 10 días después de unirse al plan. También recibirá catálogos de artículos OTC y alimentos saludables por correo, que enumeran todos los artículos aprobados. Una vez que comienza su cobertura y se activa la tarjeta, podrá comenzar a realizar pedidos. El envío es gratuito y la mayoría de los artículos llegan en aproximadamente dos días.</p> <p>La asignación solo cubre los artículos aprobados. Puede utilizar el catálogo impreso o visitar lacare.nationsbenefit.com para verificar qué productos son elegibles. Tenga en cuenta que los fondos no utilizados no se transfieren al mes siguiente. Para aprovechar al máximo sus beneficios, es una buena idea utilizar la asignación completa cada mes.</p> <p>¡Obtener sus artículos es fácil! Puede usar su tarjeta prepagada de beneficios Mastercard® en las tiendas, en farmacias y puntos de venta participantes, en línea o por teléfono.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la tienda: puede comprar artículos aprobados en lugares como Albertsons, CVS, Food-4-Less, Ralphs, Walgreens, Walmart y más. Visite lacare.nationsbenefits.com para buscar una tienda cerca de usted. • En línea: visite lacare.nationsbenefits.com para ver la lista de artículos aprobados. Si es la primera vez que realiza un pedido en línea, deberá crear una cuenta registrándose en el portal Benefits Pro o en la aplicación Benefits Pro. Si ya creó una cuenta, simplemente inicie sesión, seleccione sus artículos y, cuando esté listo, haga clic en “Checkout” (Pagar). • Por teléfono: puede consultar su catálogo de artículos OTC o visite lacare.nationsbenefits.com para encontrar los productos que desea ordenar. Para realizar un pedido por teléfono, llame al 1-833-571-7587 (TTY: 711). <p>Los representantes de Servicios para los Miembros están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Mediciones de densidad ósea 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. 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) 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 • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y la asesoría. Los miembros deben cumplir una serie de condiciones y tener una referencia de un médico. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
 <p>Consulta para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)* Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. Durante la consulta o las consultas, su médico podría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablarle del consumo de aspirinas; • tomar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que coma bien. 	\$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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón) 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>\$0</p>
 <p>Pruebas de cáncer cervical y de la vagina 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 tres 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>
<p>Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación <p>Consulte la sección: Acupuntura y quiropráctica (complementario) para conocer los beneficios adicionales.</p>	<p>Nota: Usted pagará todos los costos de otros servicios o pruebas que ordene un quiropráctico (incluidos los rayos X).</p>
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir una evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención médica.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el curso del tratamiento.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada, o cuando hayan transcurrido 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer el pago de una colonografía de detección por tomografía computarizada realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. 	
<p>Servicio de trabajadores de salud comunitarios</p> <p>L.A. Care cubre los servicios de trabajadores de salud comunitarios (<i>Community Health Worker, CHW</i>) para individuos cuando los recomienda un médico u otro profesional autorizado para prevenir enfermedades, discapacidades y otras condiciones de salud o su progresión; prolongar la vida, y promover la salud física y mental y la eficiencia. Los servicios pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> educación de la salud y capacitación, incluido el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; condiciones de salud conductuales, perinatales y orales, y prevención de lesiones <p>Promoción de la salud y asesoramiento, incluido el establecimiento de metas y la creación de planes de acción para abordar la prevención y el control de enfermedades</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales</p> <p>Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, descrito en la Sección G2 a continuación.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales antes de un trasplante de órgano.</p> <p>Servicios dentales adicionales (complementarios)</p> <p>Nuestro plan cubre servicios y procedimientos dentales adicionales. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos <ul style="list-style-type: none"> ◦ exámenes bucales, 1 cada año ◦ limpieza, 1 cada año ◦ tratamiento con flúor, 1 aplicación tópica al año ◦ rayos X, 1 cada año • Servicios integrales <ul style="list-style-type: none"> ◦ restauración* ◦ endodoncia*, 1 por diente de por vida o periodoncia* ◦ prótesis dentales (fijas y removibles)* ◦ cirugía oral o maxilofacial* ◦ servicios adicionales generales* <p>Nuestro plan está asociado con Liberty Dental para brindarle sus beneficios dentales.</p> <p>Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones de beneficios. Puede haber excepciones si es médicamente necesario. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren una revisión clínica para la aprobación de una autorización previa antes del tratamiento. Cierta documentación debe presentarse con estas solicitudes de autorización previa. Estos servicios se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>están indicados y son apropiados según los estándares de la industria, y si cumplen con todos los requisitos específicos de dicho servicio como se describe en los Criterios y Pautas Clínicas de Liberty. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión del director dental de LIBERTY, no sea necesario o no cumpla con los criterios del plan. Si no se aporta la documentación requerida, el servicio no podrá revisarse adecuadamente y por tanto será denegado. Si se niega la autorización previa por algún motivo, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los costos asociados. Los procedimientos dentales por razones cosméticas o estéticas no están cubiertos. La cobertura se limita a los servicios enumerados en el Listado de Beneficios.</p> <p>Para obtener una lista detallada de cobertura, puede visitar el sitio web medicare.lacare.org o llamar al 1-855-552-8243, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los servicios que no están cubiertos por nuestro plan podrían estar disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal.</p> <p>Para localizar un dentista de la red, puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-855-552-8243 o buscar en el directorio de proveedores dentales en línea en libertydentalplan.com/lacaremedicare. Se recomienda que trabaje con su dentista dentro de la red para verificar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige utilizar un dentista fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos por nuestro plan.</p> <p>A partir del 1.º de julio de 2026, los beneficios dentales ya no estarán disponibles para los miembros que no cumplan con los requisitos de estado migratorio satisfactorios.</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 o referencias.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <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 • historial 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>Puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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, o ◦ 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 ayudarle 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"> – envío de materiales de salud sobre la diabetes – instrucciones sobre cómo iniciar sesión en el portal de bienestar My Health in Motion (MyHIM) – clases de educación para el autocontrol de la diabetes (opción virtual disponible) – acceso a los nutricionistas titulados para: <ul style="list-style-type: none"> • asesorarle sobre cómo controlar los niveles de azúcar en sangre • guiarle para que siga una alimentación saludable • darle consejos útiles sobre cómo hablar sobre la diabetes con su médico 	<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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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. También se podrán proporcionar hasta nueve visitas posparto adicionales.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de este <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 • 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>\$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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 evaluar o tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente. La condición es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona 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 • la pérdida de una extremidad, o la pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, 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 información adicional.</p>	<p>\$0</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 trasladarse 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para 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) • Servicios de fertilidad limitados, como asesoría y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad o asesoría de salud antes de la concepción, pruebas y tratamiento para 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 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Beneficio de entrenamiento (SilverSneakers)</p> <p>Nuestro plan ofrece un beneficio de entrenamiento a través de SilverSneakers®. SilverSneakers es más que un programa de acondicionamiento físico tradicional. Es una forma de mejorar su salud y vivir la vida que desea. Ya sea que disfrute de clases grupales de acondicionamiento físico, deportes o uso de equipos cardiovasculares y de fuerza o que prefiera mantenerse activo en casa, SilverSneakers le brinda la oportunidad de mejorar su salud, ganar confianza y establecer contactos con su comunidad. SilverSneakers le brinda acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una red nacional de gimnasios y ubicaciones participantes¹, con clases en grupo de acondicionamiento físico² en ubicaciones seleccionadas: inscribese en todas las que desee. • Clases y talleres en línea EN VIVO de SilverSneakers dirigidos por instructores especialmente capacitados, ofrecidos los 7 días de la semana, mañana, tarde y noche. • SilverSneakers bajo demanda con más de 200 videos de ejercicios en línea disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. • Aplicación móvil SilverSneakers GO con planes de entrenamiento ajustables y más. <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 no tiene costo para usted. Visite SilverSneakers.TuitionRewards.com para obtener más información.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los centros participantes (<i>Participating Locations</i>, PL) no son propiedad ni están administrados por Tivity Health, Inc. o sus afiliados. El uso de las instalaciones y servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL. 2. La membresía incluye clases de entrenamiento grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. <p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Programas de educación para la salud y el 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 • la Línea de Enfermería que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana que puede ayudarle a responder preguntas sobre sus síntomas, ofrecer información general de salud y enviar materiales de educación de la salud; • asesoramiento telefónico individual, citas grupales en persona y talleres de bienestar en línea sobre una variedad de temas que incluyen nutrición, prevención de caídas, osteoporosis, salud del corazón, control de peso, asma y prevención de diabetes; • asesoramiento telefónico individual con un consejero de salud certificado; • terapia de nutrición médica con un dietista titulado (con la referencia del PCP); • portal de salud y bienestar en línea llamado <i>My Health In Motion</i> (MyHIM) que ofrece información escrita, videos y una función de chat; • programas de educación y apoyo para asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, diabetes con enfermedad renal crónica y embarazo de alto riesgo; • educación y asistencia en el uso de la tecnología para acceder a los servicios de atención médica y a la información (conocimiento digital de salud); • materiales de educación de la salud en idiomas y formatos fáciles de leer, como en letra grande. 	



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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>También pagamos los aparatos auditivos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moldes, suministros y piezas movibles • reparaciones • 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 para la sordera • dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea de superficie • servicios de audiología y posevaluación relacionados con aparatos para la sordera <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Ayuda con determinadas condiciones crónicas</p> <p>Los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) son un programa que brinda ayuda adicional a personas que tienen problemas de salud graves y a largo plazo. Está diseñado para hacer más fácil la vida diaria y ayudar a los miembros a cuidar mejor su salud en casa.</p> <p>Si califica, tendrá más opciones de gasto para usar la asignación mensual de \$110 precargada en su tarjeta de beneficios Mastercard para pagar artículos aprobados más allá de los artículos de salud y bienestar sin receta de venta libre (OTC). También podrá pagar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alimentos saludables como frutas, verduras y granos enteros • servicios públicos del hogar, como electricidad, gas, agua y basura • gasolina para ayudarle a llegar a donde necesita ir <p>Importante: Su asignación no se transfiere al mes siguiente. Intente utilizar los \$110 cada mes para aprovechar al máximo su beneficio.</p> <p>Tenga en cuenta que no todos calificarán.</p> <p>¿Cómo califica?</p> <p>Debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tener problemas de salud graves a largo plazo que afectan su vida diaria, y • correr un alto riesgo de ir al hospital o tener otros problemas de salud importantes, y • requerir mucha ayuda para cuidar su salud. <p>Para calificar para los SSBCI, debe tener una o más condiciones crónicas que cumplan con los criterios de elegibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • diabetes mellitus • sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • enfermedad gastrointestinal crónica • enfermedad renal crónica (CKD) • posterior al trasplante de órganos • inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • condiciones asociadas con el deterioro cognitivo <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Ayuda con determinadas condiciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • condiciones con desafíos funcionales • condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento • trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD) • trastornos autoinmunes • cáncer • trastornos cardiovasculares • insuficiencia cardíaca crónica • demencia • trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • trastornos pulmonares crónicos • condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • trastornos neurológicos • derrame cerebral <p>Las respuestas de su evaluación de riesgos para la salud (HRA) y sus expedientes médicos se utilizan para ayudar a determinar si usted califica. También puede pedirle a su médico que envíe una solicitud a L.A. Care para verificar sus condiciones médicas que califican y otros criterios de elegibilidad para SSBCI. Recuerde que el beneficio de SSBCI y sus requisitos (una vez aprobados) finalizan al final del año de beneficios. No todos califican. Llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711) para obtener ayuda.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Pruebas de detección de VIH</p> <p>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>Si está embarazada, pagamos un máximo de tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p> <p>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*</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y se los debe proporcionar una agencia de atención médica en el hogar. Usted debe estar confinado a su casa, lo que significa que salir de ella representa un esfuerzo mayor.</p> <p>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>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 estima que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos que Medicare certifique. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo de corto plazo • atención médica en casa <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no tienen cobertura bajo la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted no pagará <i>nada</i> por estos servicios. <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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <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 este <i>Manual para Miembros</i>. <p>Nota: Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan atención en equipo centrada en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos o regulares. Consulte la sección sobre cuidados paliativos a continuación para obtener más información.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos, llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para los Miembros 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 el 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe o influenza, una vez cada temporada de gripe o influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe o influenza si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B por riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • vacuna para el virus del papiloma humano (VPH) • 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 este <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención para pacientes hospitalizados* (continuación) 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>Nota: Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como un paciente del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no sabe si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico 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 (<i>Institute for Mental Diseases, IMD</i>). 	<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](https://www.medicare.lacare.org).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 ya utilizó todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía 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 residencia 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 • Prótesis y dispositivos 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>\$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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 este <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>La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</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 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoría 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. Si un proveedor elige brindar una visita de asesoría para tomar una decisión compartida sobre las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de alimentos</p> <p>El programa Comidas como Medicamento (Meals as Medicine) de L.A. Care ayuda a sus miembros a aprender sobre alimentos saludables y buenos hábitos alimenticios. También ofrece comidas a domicilio o alimentos saludables que puede preparar en casa. Al unirse, recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alimentos saludables adaptados a sus necesidades de salud • comida enviada a su casa • al menos 2 comidas al día o 1 caja de alimentos por hasta 12 semanas, según sus necesidades y objetivos de salud • tiempo con un experto en nutrición para aprender más sobre alimentación saludable <p>Para unirse al programa, debe tener una condición de salud que pueda mejorarse con una dieta especial. Esto puede incluir diabetes, enfermedad renal, presión arterial alta u otras condiciones cardíacas. Un nutricionista titulado de L.A. Care le hará algunas preguntas para determinar si este programa es adecuado para usted. Durante el programa, debe poder recibir una entrega de alimentos cada semana. También deberá almacenar y preparar las comidas correctamente. Para obtener más información, llame al programa Comidas como Medicamento al (855) 856-6943.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <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 es referido por su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoría 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 de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar cada año la referencia si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga por los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (<i>Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP</i>) para personas elegibles. 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos 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. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que utiliza con equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se administra usted mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes o inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos por 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (<i>End-Stage Renal Disease</i>, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario) y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a la terapia de pasos: medicare.lacare.org.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i> le explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 de este <i>Manual para Miembros</i> le explica lo que usted paga por sus medicamentos por medio de nuestro plan.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención médica en una residencia de reposo*</p> <p>Una residencia de reposo (<i>Nursing Facility, NF</i>) 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención médica en una residencia de reposo* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podiatría. <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 continua 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>Hable con su proveedor y obtenga 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 ayudarlo 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>	<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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios del programa de tratamiento para los opioides (OTP)*</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por el consumo de opioides (<i>Opioid Use Disorder, OUD</i>) a través de un programa de tratamiento para los opioides (<i>Opioid Treatment Program, OTP</i>) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos que aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration, FDA</i>) y, si corresponde, la administración y la entrega de estos medicamentos • asesoría por consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>\$0</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 • pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancia magnética (IRM), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (TEP), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una condición médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p>Se requiere autorización previa y una referencia, excepto para procedimientos de diagnóstico y servicios relacionados con el COVID-19.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no sabe si es un paciente hospitalizado, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 pacientes hospitalizados o ambulatorios en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • 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 incluidos en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no puede administrarse por sí solo <p>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 médico con certificación estatal • psicólogo clínico • trabajador social clínico • especialista en enfermería clínica • consejero profesional licenciado (<i>Licensed Professional Counselor, LPC</i>) • terapeuta matrimonial y familiar con licencia (<i>Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT</i>) • enfermero con práctica médica (<i>Nurse Practitioner, NP</i>) • asistente médico (<i>Physician Assistant, PA</i>) • 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 • análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos ambulatorios • consultas psiquiátricas <p>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos la terapia física, ocupacional y del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de departamentos hospitalarios ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (<i>Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF</i>) y otras instituciones.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y quizá otros que no se mencionan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de detección y asesoría 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>Cirugía ambulatoria*</p> <p>Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios que se brinden en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si va a someterse a cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si estará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, se le podría considerar un paciente ambulatorio.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Proporcionan atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son de hospicio, por lo tanto, no es necesario tener una expectativa de vida de seis meses o menos para calificar para recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se brindan al mismo tiempo que los cuidados curativos o regulares.</p> <p>Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación anticipada de la atención médica • evaluación y consulta de cuidados paliativos • un plan de atención médica que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • servicios de su equipo de atención médica designado • coordinación de la atención médica • manejo del dolor y los síntomas <p>No puede recibir cuidados paliativos y de hospicio al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si recibe cuidados paliativos y cumple los requisitos de elegibilidad para recibir cuidados de hospicio, puede solicitar cambiar a cuidados de hospicio en cualquier momento.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*</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 y es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado. Le puede ayudar a evitar permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS) Cobertura para un sistema personal de respuesta ante emergencias (<i>Personal Emergency Response System, PERS</i>). Un sistema personal de respuesta ante emergencias es un sistema de monitoreo de alerta médica que brinda acceso a ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana con solo presionar un botón.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico* 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 • 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 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <p>(Las consultas por video están disponibles descargando la aplicación Teladoc a su dispositivo móvil). Para descargar la aplicación, visite https://www.teladoc.com/mobile/.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios del médico o proveedor, incluyendo las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 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 otra red antes de someterse a una cirugía. <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	
<p>Servicios de podiatría*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el diagnóstico y 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>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de podiatría de rutina*</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 14 visitas de cuidado de rutina de los pies cada año para servicios de podiatría no cubiertos por Medicare ni Medi-Cal.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies puede incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cortar o eliminar callos y durezas • recortar, limar y cortar las uñas de los dedos del pie <p>higiene u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>	\$0
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (<i>pre-exposure prophylaxis</i>, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoría individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B que se realiza una sola vez. 	\$0
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, 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 (<i>Prostate Specific Antigen</i>, PSA) 	\$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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Prótesis y dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>Las prótesis reemplazan, total o parcialmente, una parte o función del cuerpo. Estas incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos • 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 y los dispositivos ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar las prótesis y los dispositivos ortopédicos.</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>\$0</p>
<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. Debe tener una referencia a rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.</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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención médica en un hospital de enfermería (SNF)*</p> <p>Para ver una definición de un hospital de enfermería, consulte el Capítulo 12.</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 especializada • 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 (<i>Skilled Nursing Facility, SNF</i>) • las pruebas de laboratorio que brindan los SNF • 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 la atención médica de los SNF en los centros de la red. En determinadas circunstancias, 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 continua para personas retiradas, 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>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <p>Programas para dejar de fumar y consumir tabaco La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Se mantienen competentes y alertas durante la asesoría. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoría. <p>Cubrimos dos intentos para dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año).</p>	<p>\$0</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)* Pagamos la terapia de ejercicio supervisado (<i>Supervised Exercise Therapy, SET</i>) para los miembros con enfermedad arterial periférica (<i>Peripheral Artery Disease, PAD</i>) sintomática. 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 a lo largo del tiempo 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 y 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, un enfermero con práctica médica certificado o un especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de auxilio vital básico y avanzado <p>Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Transporte: transporte médico que no es de emergencia*</p> <p>Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir: ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas, servicios de transporte médico y la coordinación con el paratransito.</p> <p>Los medios de transporte están autorizados cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su proveedor médico determina que su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y se requiere autorización previa y deberá llamar a su plan para coordinar un viaje. L.A. Care trabaja con su médico a fin de ayudarlo a programar el transporte que necesita para ir y regresar de sus servicios cubiertos por L.A. Care 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>\$0</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 cubierta por Medi-Cal, incluidos los viajes a las citas dentales y para recoger los medicamentos. Está cubierto el transporte para servicios cubiertos dualmente por Medi-Cal y Medicare.</p> <p>L.A. Care puede ayudarlo 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención médica de urgencia</p> <p>La atención médica 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 imprevista, ● • 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 porque, dada su hora, lugar o circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera el área de servicio del plan y usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica).</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 información adicional.</p> <p>Elija un centro de atención médica de urgencia que trabaje con su grupo médico. Puede encontrar su grupo médico en su tarjeta de identificación de miembro.</p>	<p>\$0</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Atención de la vista Servicios de la vista de rutina Cubrimos los servicios de la vista de rutina cuando se brindan a través de nuestra red de proveedores de Vision Service Plan (VSP). Para encontrar un proveedor participante cerca de usted, visite nuestro directorio de proveedores. Sus beneficios de la vista de rutina incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista por año calendario.* • Hasta \$500 para un par de anteojos (marcos) o lentes de contacto cada dos años calendario. <p>Los lentes de de recetas básicas, como lentes de vidrio o plástico, monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares, están cubiertos cada dos años calendario. Las mejoras y actualizaciones, como lentes progresivos, recubrimientos antirayaduras, otros recubrimientos y accesorios, no están cubiertas. Nota: Los lentes recetas básicas no cuentan para la asignación de \$500. Para obtener más información sobre la atención de la vista cubierta por L.A. Care Medicare Plus, llame al 1-855-492-9028 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o visite su directorio de proveedores en nuestro sitio web: www.vsp.com/advantageonly</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare* Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, pagamos una prueba de detección 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>Para las personas con diabetes, pagamos la prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata cuando el médico inserte una lente intraocular. 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. Hable con su proveedor y obtenga 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 <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>	\$0

E. Apoyos comunitarios

Puede obtener apoyos conforme a su Plan de atención médica personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos médicamente apropiados y rentables alternativos a los cubiertos por el plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal.

Puede obtener apoyos conforme a su Plan de atención médica personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos médicamente apropiados y rentables alternativos a los cubiertos por el plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, los servicios pueden ayudarle a vivir de manera más independiente.

Estos no reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal. Los apoyos comunitarios pueden incluir ayuda para encontrar o mantener una vivienda, comidas médicamente personalizadas u otra ayuda para usted o su cuidador. Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-833-522-3767 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos, o llame a su proveedor de atención médica. Los servicios de apoyos comunitarios no tienen costo para los miembros.

Los siguientes son apoyos comunitarios ofrecidos por L.A. Care Health Plan:

- Servicios de transición o navegación de vivienda y Servicios de tenencia y sustento de vivienda
 - Incluye servicios para ayudar a los miembros a encontrar vivienda y mantener un alquiler seguro y estable.



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.

- Comidas médicamente personalizadas
 - Programa de comidas que ayuda a los miembros a controlar sus condiciones de salud y aprender sobre alimentos saludables. Los miembros que califiquen pueden recibir comidas enviadas directamente a su hogar por hasta 12 semanas.
- Atención médica de recuperación (estancia temporal para atención médica)
 - Atención clínica e integrada a corto plazo para miembros que ya no requieren hospitalización pero que aún necesitan recuperarse de una lesión o enfermedad (incluidas las condiciones de salud conductual).
- Depósitos de vivienda
 - Ayudan a identificar, coordinar, asegurar o financiar servicios únicos y modificaciones necesarias para permitir que una persona establezca un hogar básico; no constituye alojamiento y comida.
- Centros de sobriedad
 - Destinos alternativos para los miembros que se encuentran intoxicados públicamente y que de otro modo serían transportados al Departamento de Emergencias o a la cárcel.
- Servicios domésticos y de atención personal
 - Apoya a los miembros que necesitan ayuda con las actividades diarias, como bañarse, vestirse, higiene personal, cocinar y comer.
- Servicios de relevo
 - Servicios a corto plazo proporcionados a cuidadores de personas que requieren supervisión temporal ocasional para brindar alivio al cuidador.
- Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones del hogar)
 - Adaptaciones físicas a un hogar para garantizar la salud y la seguridad del individuo, o permitir que el miembro funcione con mayor independencia en el hogar.
- Remediación para el asma
 - Proporciona modificaciones físicas al entorno del hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o permitir que el miembro funcione en el hogar y sin las cuales los episodios agudos de asma podrían resultar en la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización.
- Transición o desviación de una residencia de reposo a un centro de vivienda asistida
 - Ayuda a los miembros a vivir en la comunidad facilitando las transiciones de una residencia de reposo a un entorno comunitario similar al hogar, o a prevenir las admisiones en una residencia de reposo para personas con necesidades inminentes.



- Servicios de transición comunitaria o transición de una residencia de reposo al hogar
 - Ayuda a los miembros a vivir en la comunidad para evitar una mayor institucionalización proporcionando gastos de instalación no recurrentes para los miembros que hacen la transición de un centro con licencia a una vivienda en una residencia privada.
- Viviendas a corto plazo para pacientes hospitalizados
 - Proporciona a las personas que no tienen una residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud conductual la oportunidad de continuar su recuperación médica, psiquiátrica o por consumo de sustancias inmediatamente después del alta de un centro de hospitalización.
- Programas de habilitación diurna
 - Proporciona servicios dentro o fuera del hogar de una persona para ayudarle a adquirir, conservar y mejorar la autoayuda. Socialización y habilidades de adaptación necesarias para residir con éxito en la comunidad.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-833-522-3767, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos (TTY 711), o llame a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

F1. 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 60 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.



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 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 continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos por medio de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *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.

F2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles por medio de Medi-Cal Dental. Hay más información en el sitio web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como:

- exploraciones iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- tratamiento de conducto radicular
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, 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 de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org/ para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Ángeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (*Dental Managed Care, DMC*). Si desea obtener más información acerca de los planes dentales de Medi-Cal, o desea realizar cambios, comuníquese con 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. Los contactos de DMC también están disponibles aquí:

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

Nota: Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el Cuadro de beneficios que se encuentra en la **Sección D** 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.

F3. Servicios de asistencia en el hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de asistencia en el hogar (*In-Home Supportive Services*, IHSS) ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer con seguridad en su propia casa. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como residencias de reposo o centros con alojamiento y cuidados.
- Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidades mentales.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar IHSS con la agencia de Servicios Sociales de su condado.

F4. Programas de exención 1915(c): Servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS)

Exención de Vivienda Asistida (ALW)

La Exención de Vivienda Asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vivienda asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en una residencia de reposo. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de la residencia de reposo a un entorno comunitario y hogareño o evitar las admisiones en un hospital de enfermería para los beneficiarios con una necesidad inminente de ubicación en una residencia de reposo.

Los miembros que están inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de coordinación de atención médica de la ALW para coordinar los servicios que recibe.

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

Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la ALW. Puede encontrar una lista actualizada de las agencias de coordinación de atención médica en el siguiente sitio web: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>



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

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

- Hay dos exenciones de 1915(c), la Exención de servicios en el hogar y en la comunidad para californianos con discapacidades del desarrollo (*Home and Community-Based Services for Californians with Developmental Disabilities*, HCBS-DD) y la Exención del Programa de autodeterminación (*Self-Determination Program*, SDP), que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención médica puede ayudarle a conectarse con los servicios de exención por discapacidad del desarrollo (*Developmental Disability*, DD).

Exención de la alternativa basada en el hogar y la comunidad (HCBA)

- La exención de la alternativa basada en el hogar y la comunidad (*Home and Community-Based Alternative*, HCBA) brinda servicios de administración de la atención médica a personas en riesgo de ingreso en residencias de reposo o instituciones. Los servicios de administración de atención médica son proporcionados por un equipo multidisciplinario de administración de atención médica compuesto por un enfermero y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de exención y del plan estatal (como servicios médicos, de salud conductual, Servicios de asistencia en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y recursos de apoyo a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de atención médica y exención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilino o la residencia de un miembro de la familia de un participante.
- Los miembros que están inscritos en la exención HCBA pueden permanecer inscritos en la exención HCBA mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la HCBA.

Programa de exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de exención de Medi-Cal (*Medi-Cal Waiver Program*, MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención médica directa a personas que viven con el VIH como una alternativa a la atención en una residencia de reposo u hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en un enfermero titulado y un administrador de casos



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.

de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.

- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y en la comunidad para personas con VIH que de otro modo podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la administración de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud conductual, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención MCWP pueden permanecer inscritos en la exención MCWP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MCWP.

Dignity Health - St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565

Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

- El Programa de Servicios Multipropósito para Personas de la Tercera Edad (*Multipurpose Senior Services Program, MSSP*) brinda servicios de administración de atención médica y servicios sociales para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de asistencia en el hogar, MSSP proporciona coordinación de atención médica continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para prevenir o retrasar la institucionalización. El costo total anual combinado de la administración de la atención médica y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un hospital de enfermería.



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 equipo de profesionales de servicios sociales y de salud brinda a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención médica personalizado. Los servicios incluyen:
 - administración de atención médica
 - cuidado diurno de adultos
 - mantenimiento o reparación menor del hogar
 - servicios complementarios de supervisión de tareas domésticas, cuidado personal y protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - asesoría y servicios terapéuticos
 - servicios de comida
 - servicios de comunicación
- Los miembros que están inscritos en la exención MSSP pueden permanecer inscritos en la exención MSSP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MSSP.

F5. Servicios para los trastornos de la conducta del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos 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 y la atención médica administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero tiene estos servicios disponibles a través de las agencias de salud conductual del condado.

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están a su disposición mediante el plan de salud mental (*Mental Health Plan, MHP*) del condado si usted cumple los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios de tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de estabilización en casos de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos



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 tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios en centros de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- administración de casos personalizada
- servicios terapéuticos para trastornos de la conducta
- cuidado de crianza temporal terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en el hogar
- reingreso con antecedentes penales
- tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment, ACT*)
- tratamiento comunitario asertivo forense (*forensic assertive community treatment, FACT*)
- atención especializada coordinada (*coordinated specialty care, CSC*) para el tratamiento del primer episodio de la psicosis (*first episode psychosis, FEP*)
- servicios de la casa club
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (CHW)

Los servicios del sistema de entrega organizado de Drug Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud conductual de su condado si cumple los criterios para recibir estos servicios.

- servicios ambulatorios de tratamiento intensivo
- tratamiento residencial perinatal para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa de tratamiento con narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamento)
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)

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

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios ambulatorios de tratamiento intensivo
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamento)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de administración de abstinencia
- programa de tratamiento con narcóticos
- servicios para la recuperación



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.

- administración de atención médica
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- pruebas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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

Los miembros del Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (*Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP*) que necesitan servicios para los trastornos de la conducta, incluidos servicios de salud mental y de consumo de sustancias, pueden acceder a los servicios a través del proveedor de salud conductual de L.A. Care, Carelon Behavioral Health, el Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health, DMH*) del condado de Los Ángeles y el Departamento de Salud Pública para la Prevención y Control de Abuso de Sustancias (*Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC*) del condado de Los Ángeles. El sistema de prestación de servicios en el que los miembros pueden acceder a la atención se basa en el tipo y la gravedad de los síntomas y las deficiencias. No se necesita una referencia de un PCP para acceder a los servicios para los trastornos de la conducta y existe un enfoque de “no hay puertas equivocadas” para acceder a los servicios, con múltiples puntos de entrada. Un servicio es “médicamente necesario” o una “necesidad médica” cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad importante o una discapacidad importante, o para aliviar un dolor intenso.

L.A. Care facilitará la coordinación de los servicios para los trastornos de la conducta para los miembros de D-SNP cuando los miembros accedan a los servicios para trastornos de la conducta a través de las entidades del condado según sea necesario y, cuando sea necesario, se firmen los consentimientos correspondientes. L.A. Care y las entidades del condado siguen un proceso de revisión acordado mutuamente para facilitar la resolución oportuna de disputas clínicas y administrativas.

G. 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 y 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 este *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.

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” según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos, artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica que apruebe Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *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.
- Enfermeros privados.
- 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 de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la visión deficiente.
- Reversión de los procedimientos de esterilización.
- 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 del 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.
- Lentes para anteojos de la vista de rutina: actualizaciones y mejoras como lentes progresivas, recubrimientos resistentes a rayones, otros recubrimientos y adiciones.



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 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta 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. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* le informa lo que pagará por estos medicamentos. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este 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 este *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** "Si se encuentra en un programa de cuidados paliativos que Medicare certifique".



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.

Un proveedor (médico, dentista u otra persona que recetó los medicamentos) 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 PCP lo refiere para su atención médica.

La persona que le recetó el medicamento **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, debe utilizar una farmacia que está dentro de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

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

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo 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.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) de los Estados Unidos o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que la persona que le recetó el medicamento pueda ayudar a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

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



Índice

A. Cómo surtir sus recetas	139
A1. Surtir sus recetas en las farmacias de la red.....	139
A2. Usar su tarjeta de identificación para miembro cuando surta una receta	139
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	139
A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red.....	139
A5. Usar una farmacia especializada.....	140
A6. Usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	140
A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos.....	142
A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	142
A9. Reembolsarle por un medicamento recetado	143
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan	143
B1. Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	143
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	144
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	144
B4. Niveles de costo compartido de la <i>Lista de medicamentos</i>	145
C. Límites de algunos medicamentos	146
D. Razones por las cuales sus medicamentos podrían no estar cubiertos.....	147
D1. Obtener un suministro temporal	148
D2. Solicitar un suministro temporal	149
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	150
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	152
F1. En un hospital o un hospital de enfermería para una estadía que cubre nuestro plan.	152
F2. En un centro de atención médica a largo plazo.....	152
F3. En un programa de cuidados paliativos que Medicare certifique	152
G. Programas acerca de la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	153
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de forma segura	153
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	153
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura	154



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. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

A2. Usar su tarjeta de identificación para miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación para miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo su medicamento recetado cubierto.

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 para miembro o BIC al momento de surtir su receta, pídala a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede solicitar a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

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 por nuestra parte. **Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese a Servicios para los Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitar que le reembolsemos, consulte el **Capítulo 7** de este *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, 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.

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.



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 farmacias que surten medicamentos para residentes de un centro de atención médica a largo plazo, como en una residencia 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, nos 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 obtener sus medicamentos en un centro de atención médica a largo plazo, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias de un proveedor de atención médica para indígenas (*Indian Health Care Provider*, IHCP). Los miembros indígenas estadounidenses y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena estadounidense o nativo de Alaska, igual podrá recibir servicios de una farmacia minorista de un IHCP si lo asignan a esa clínica o en caso de emergencia.
- Las farmacias que surten medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación entre proveedores o educación acerca de su uso. (Nota: Este escenario ocurre en 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, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles mediante pedidos por correo son medicamentos que 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 pedido por correo le llega en un plazo de 14 días. 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:



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. 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

La farmacia surte y entrega de manera automática las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultarlo primero con usted, si:

- usó servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado, o
- se registra para la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de sus proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento visitando nuestro sitio web en medicare.lacare.org o comunicándose con Servicios para los Miembros al **1-833-522-3767** (TTY: **711**), las 24 horas del día, los 7 días a la semana, incluso los días festivos.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y nadie se comunicó con usted antes de enviarla para averiguar si la quería, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe de manera automática cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando 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 nunca usó nuestra entrega de pedidos por correo o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que recibe una nueva receta de un proveedor de atención médica para averiguar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato.

- 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 cancelar o retrasar el pedido antes de que 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.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando 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.

3. Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Bajo este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido de manera automática cuando nuestros registros muestran que debe estar a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no utilizar nuestro programa de resurtido automático, 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.



Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando 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.

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 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.

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



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. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia pueda reembolsarle el dinero 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/.

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

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Seleccionamos los medicamentos 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 la Parte D de Medicare. La mayoría de los medicamentos 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 productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos



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.

disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC 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 averiguar si un medicamento que toma se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*:

- 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 averiguar 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.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) en medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para los Miembros.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

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

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos 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 este *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 de Medicare) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A 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.

Medicare o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compró fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. La FDA debe aprobar el uso del medicamento o ciertas referencias médicas deben respaldarlo como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor 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 extraoficial”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos que se receten para un uso extraoficial.

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 el alivio de la tos o los síntomas del resfriado*
- medicamentos que se usan para fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor*
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o subida de peso*
- medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que indica que usted debe someterse a pruebas o servicios brindados solo por ellos

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

B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de cinco niveles.

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). En general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos de marca preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.



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 medicamentos de nivel 4 son medicamentos no preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos de nivel 5 son medicamentos especializados que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

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

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

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, 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.

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

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben 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 usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer 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 este *Manual para Miembros*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de un producto biológico original cuando esté disponible, en su caso, una versión genérica o biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le brindan la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando haya disponible una versión genérica.



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, si su proveedor nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable 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 o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona que le recetó el medicamento deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. A esto se le denomina autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no recibe la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en medicare.lacare.org para obtener más información sobre la autorización previa.

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. Llame a Servicios para los Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en medicare.lacare.org para obtener más información sobre la 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, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta 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 cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

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



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.

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. 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.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea 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*, o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
 - 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 será para un máximo de 30 días.
 - Si la receta que le emitieron es por menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionarle un suministro de su medicamento 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.
 - Usted es nuevo miembro en nuestro plan.
 - Cubrimos el suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan**.
 - Este suministro temporal será para un máximo de 30 días.
 - Si la receta que le emitieron es por menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionarle un suministro de su medicamento hasta por un máximo de 30 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.

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 nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta 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 haga la transición (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).

D2. Solicitar un suministro temporal

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.



E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir solicitar o no solicitar la aprobación previa (Prior Approval, PA) 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).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la *Lista de medicamentos de nuestro plan*. Para obtener más información sobre estas reglas de 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 que ya está incluido en la *Lista de medicamentos*, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- el medicamento sea retirado del mercado.

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

Para obtener más información sobre qué pasa cuando nuestra *Lista de medicamentos* cambia:

- 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.

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

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se realizarán de inmediato. Por ejemplo:

Hay un nuevo medicamento genérico disponible. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que ya está incluido en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o 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.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- 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 enviaremos un aviso con las medidas que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

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

A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Si recibe alguna de estas cartas, consulte con su médico para encontrar otro medicamento que sea seguro para usted.

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

- La FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando ocurran estos cambios, hacemos lo siguiente:

- informarle al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*, ◦
- 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, ◦
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

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

Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no le afectan 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**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por el 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.

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

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

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 este *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 en la farmacia del establecimiento si es parte de nuestra red.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer si la farmacia del centro de atención médica 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 ciertos medicamentos (por ejemplo, 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 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 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.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *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 similar 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 un error en la cantidad (dosis)
- podrían tener cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. 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 es voluntario y gratis. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud 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 revisión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para aprovechar al máximo sus 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.

- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar acerca de su plan de acción y lista de medicamentos con la persona que le recetó el medicamento.

- 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 MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribimos y le enviamos la información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y cancelaremos su inscripción. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. El programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (*Drug Management Program, DMP*).

Si usa medicamentos opioides que le han sido recetados por más de una persona o por diferentes farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con las personas que le recetaron el medicamento para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al colaborar con las personas que le recetaron el medicamento, si decidimos que puede no ser seguro el uso de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados, podemos limitar la manera en la que obtiene esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- exigir que reciba todas las recetas para esos medicamentos de una determinada farmacia
- exigir que reciba todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una determinada persona que le receta el medicamento
- limitar la cantidad de esos medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubrimos para usted

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

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que le recetan el medicamento o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos.

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



Si piensa que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o 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 nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*). (Para obtener más información sobre apelaciones y la IRO, 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, o
- vive en un centro de atención médica a largo plazo.



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

Introducción

En este capítulo se explica lo que usted pagará por sus medicamentos 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 ayudarle a pagar sus medicamentos 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 LIS”), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para los Miembros y solicite el “Complemento 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, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A esta le llamamos la “*Lista de medicamentos*”. Le informa:
 - qué medicamentos pagamos
 - en cuál de los 5 niveles 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.
 - La mayoría de los medicamentos 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



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 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 al obtener sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También le dice qué tipo de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información.
- 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	158
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos	159
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	160
C. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial	161
C1. Sus opciones de farmacia	161
C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	161
C3. Lo que usted paga	162
C4. Fin de la etapa de cobertura inicial	163
D. Etapa 2: La etapa de cobertura de gastos excedentes	163
E. Los costos por sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes	164
F. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	164
F1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	165
F2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	165



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene los medicamentos recetados en la farmacia. 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. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, servicios de salud para indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (*State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP*).
- Sus **costos totales por medicamento**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtenga medicamentos por medio de nuestro plan, le enviaremos un resumen que se llama *Explicación de beneficios* (*Explanation of Benefits, EOB*). Lo llamamos la EOB para abreviar. La EOB no es una factura. 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. La EOB incluye:

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

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no estén cubiertos en Medicare.

- Los pagos que realice para estos medicamentos no cuentan en el total de sus costos de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve 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.

tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

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

Para mantener registros 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 para miembro.

Muestre su tarjeta de identificación para miembro 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.

Puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo del medicamento que nos corresponde. Solicite un reembolso directo para el miembro utilizando el formulario de reembolso de medicamentos recetados para miembros disponible en el sitio web de L.A. Care (<https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations>). Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los Miembros. Estos son ejemplos de cuándo 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 total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

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

3. Envíenos información acerca de los pagos que otros hacen 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 Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*), los servicios de salud para indígenas y por 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 de Medicare durante el resto del año.



4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus. También puede encontrar respuestas a muchas de las preguntas en nuestro sitio web: medicare.lacare.org.

¿Qué hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no toma o cualquier cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus.
- O llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si sospecha que un proveedor que acepta Medi-Cal ha cometido fraude, derroche o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Se pueden encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que hay algo incorrecto o que falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros. También puede ver o 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 medicare.lacare.org. Guarde estas EOB. 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 de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. Lo que usted pague por cada receta 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
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Esta etapa inicia cuando usted surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Esta etapa inicia cuando usted ha pagado una cierta cantidad de costos de bolsillo.



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. Etapa 1: la etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de 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 1 de 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 costos compartidos de sus medicamentos, consulte la *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos de nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0.
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos genéricos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o el 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos de nivel 3 son medicamentos de marca preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o el 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos no preferidos que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o el 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
- Los medicamentos de nivel 5 son medicamentos especializados que L.A. Care Medicare Plus cubre. El copago es de \$0 a \$12.65 o el 25 %. Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que pague por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red, o
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para saber cuándo cubriremos esas recetas.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

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

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

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



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.

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que pague un copago cada vez que surta una receta. Si el costo de su medicamento cubierto está por debajo del copago, usted pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para los Miembros para averiguar la cantidad de su copago para cualquier medicamento cubierto.

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

	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	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
Costo compartido Nivel 2 (medicamentos genéricos)	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Costo compartido Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.



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	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	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 4 (medicamentos no preferidos)	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.
Costo compartido Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.	De \$0 a \$12.65 o 25 % Su coseguro depende del monto de Ayuda Adicional que reciba.

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

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial termina cuando su total de costos de bolsillo llega a \$2,100. 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. Su EOB le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si llega al límite de \$2,100. 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 \$2,100 por sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura de gastos excedentes. Usted permanecerá en la etapa de cobertura de gastos excedentes hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.



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. 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.

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que usted paga se basa en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la “tarifa 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 será un poco menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de menos de \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento le funcione antes de pagar un suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarle a:
 - planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos;
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, **y**
 - tener que ir menos veces a la farmacia.

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas detalladas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

1. La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.



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.

2. La segunda parte es el costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces su médico puede aplicarle la vacuna en forma de inyección.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

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

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su 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 de Medicare.

G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué lo están 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 este *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. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada el **Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, entonces la vacuna no le costará nada.

A continuación, encontrará 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 su inyección en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada o paga un copago por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le aplica la inyección.
 - No paga nada o 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 sepa que usted no tiene que pagar nada o un copago por la vacuna.
3. Usted obtiene el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le apliquen la inyección.



- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, no paga nada o paga un copago por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de aplicarle la inyección.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos	167
B. Enviarnos una solicitud de pago.....	170
C. Decisiones de cobertura	171
D. Apelaciones.....	171



A. Solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos

No permitimos que los proveedores de L.A. Care Medicare Plus le cobren estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos, no la pague y envíenos la factura a nosotros. 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 la parte que le corresponde del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si pagó servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede tener derecho a un reembolso (devolución) si cumple con todas las condiciones siguientes:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le haremos un reembolso por un servicio que no esté cubierto por L.A. Care Medicare Plus.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de L.A. Care Medicare Plus.
 - Solicita un reembolso antes de transcurrido un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporciona un comprobante de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un proveedor de la red de L.A. Care Medicare Plus inscrito en Medi-Cal. No es necesario que cumpla esta condición si recibió atención médica de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que proveedores fuera de la red presten sin preaprobación (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere preaprobación (autorización previa), debe presentar un comprobante del proveedor que demuestre una necesidad médica del servicio cubierto.
- L.A. Care Medicare Plus le informará su decisión acerca del reembolso en una carta llamada Notificación de acción. Si cumple con todas las condiciones detalladas previamente, el proveedor inscrito en Medi-Cal debería reembolsarle toda la suma que usted haya pagado. Si el proveedor se niega a reembolsarle, L.A. Care Medicare Plus le reembolsará toda la suma que usted haya pagado. Le haremos un reembolso dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, L.A. Care Medicare Plus le reembolsará, pero solo hasta el monto que el pago por servicios (*Fee-for-Service*, FFS) de Medi-Cal pagaría. L.A. Care Medicare Plus le reembolsará toda la suma que usted



haya pagado de su bolsillo por los servicios de emergencia, los servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita recibir a través de proveedores fuera de la red sin preaprobación. Si usted no cumple con alguna de las condiciones anteriores, no le haremos el reembolso.

- No le haremos el reembolso si:
 - Usted pidió y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por L.A. Care Medicare Plus.
 - Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería que lo vieran de todos modos y que pagaría los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para los Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debió haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También nos puede llamar si quiere proporcionarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos envió.

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

1. Cuando recibe atención de emergencia o requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red

Solicite 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 de Medicare, determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

Los proveedores de la red siempre nos deben facturar a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de lo que le corresponde. **Llame a Servicios para los Miembros** al número que se encuentra en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura**.



- Como miembro del plan, usted solo cubre el copago cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le cobren 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 tiene que pagarlos.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero siente que pagó más de lo necesario, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos el importe de sus servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya hecho.

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

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

- Solo en algunos casos, cubriremos 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total por un medicamento recetado de la Parte D de Medicare debido a que no lleva su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro, 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 de inmediato, es posible que tenga usted que pagar el costo completo de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo.
- Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.



6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado de la Parte D de Medicare 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 este *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otra persona que recetó el medicamento piensan que necesita el medicamento de inmediato (en un máximo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *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 u otra persona que recetó el medicamento para poder reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envía 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, pagaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de los pagos que haya hecho por servicios de Medicare. 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. Debe enviarnos su información dentro de los 365 días después de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

También nos puede llamar 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. *También puede enviar por fax su solicitud de pago junto con sus recibos al 213-438-5012.*



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. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos 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 que usted debe pagar, si corresponde.

- Le informaremos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó o por la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

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

- Si decidimos no pagar la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con las razones. 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 y fechas límite detallados. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*:

- Para presentar una apelación sobre el reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	173
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	184
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)	185
C1. Cómo protegemos su PHI	185
C2. Su derecho de leer sus expedientes médicos.....	186
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	186
E. La imposibilidad de los proveedores de la red a facturarle directamente	187
F. Su derecho a dejar nuestro plan.....	187
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	188
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones.....	188
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo	188
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	189
H. Su derecho de presentar quejas y de solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	189
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos ...	190
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	190



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. 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're 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.

Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.
- 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). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- 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.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

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.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con 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, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina “solicitud permanente”. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- 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.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

A. Ծառայություններ և եղեկություններ 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 հարմար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու հարմար 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, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հմոնգ, ճապոներեն, լատներեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:
Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու հարմար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-486-877-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 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.
- 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 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 핀란드어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 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.

If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.



- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든지 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 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 разъяснить вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- 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 TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.
- 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:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить 711. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия ТТУ: 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-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.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero 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.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:
L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017
- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

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). Puwede kang 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.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

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的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (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）。代表可協助您提出或變更長期申請。

- 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。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- 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。

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 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 yêu cầu 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 của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- 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 từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, 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 cần gọi 1-877-486-2048.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا 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.

- 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 (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
West 7th Street 1200
Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم TTY: 711، 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- 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 (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-2048-486-877-1.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-800-1. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.



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 este *Manual para Miembros*.
 - Llame a Servicios para los Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Usted tiene 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 servicios oportunos 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 (*Prior Approval*, PA).
- 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 acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *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 este *Manual para Miembros*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica con la ayuda de su equipo de atención y de su administrador de atención médica.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* le informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un periodo 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.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

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 personal que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos, y otra información médica y de salud.

Tiene derechos cuando se trata de su información y de controlar cómo se usa su PHI. Le daremos una notificación por escrito para informarle sobre estos derechos y explicarle cómo protegemos la privacidad de su PHI. La notificación se llama “Notificación de Prácticas de Privacidad”.

Los miembros que puedan dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de otro miembro para recibir servicios confidenciales o para presentar un reclamo por servicios confidenciales. L.A. Care Medicare Plus remitirá las comunicaciones acerca de servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados por el miembro o, si no designó ninguno, a nombre del miembro a la dirección o el número de teléfono registrados. L.A. Care Medicare Plus tiene prohibido divulgar información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización escrita del miembro que recibe la atención médica. L.A. Care Medicare Plus aceptará los pedidos de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados (si la información puede brindarse en la forma y el formato solicitados), o en lugares alternativos. Un pedido de comunicaciones confidenciales relacionado con servicios confidenciales de un miembro será válido hasta que el miembro revoque el pedido o envíe un nuevo pedido de comunicación confidencial.

El plan puede exigir que los miembros hagan solicitudes de comunicaciones confidenciales por escrito o por transmisión electrónica.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea o cambie sus registros.

Salvo en los casos indicados a continuación, no damos su PHI a nadie que no le brinde atención médica o pague por su atención médica. Si lo hacemos, debemos primero obtener un permiso por escrito de usted. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre puede dar un permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley:

- Debemos divulgar PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica de nuestro plan.
- Podemos divulgar PHI si nos lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la ley de California.
- Debemos divulgar a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. Si tiene cobertura doble de Medicare y



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Medi-Cal, para brindarle un mejor servicio y mejorar su atención médica, podemos brindarle 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 la ley lo exija, cuando nuestros socios comerciales trabajen con nosotros, también deberán proteger la privacidad de cualquier PHI que compartamos con ellos y no podrán proporcionar la PHI a terceros, excepto según lo permitido por la ley y por esta notificación.

C2. Su derecho de leer 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, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Tiene derecho a saber si divulgamos su PHI con otras personas para propósitos que no sean de rutina y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para los Miembros.

D. Puede obtener más información acerca de sus derechos de privacidad al solicitar una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (NOPP). La NOPP está disponible en nuestro sitio web (medicare.lacare.org) o si llama a Servicios para los Miembros. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le demos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder cualquier pregunta que tenga acerca de nuestro plan de salud. Llame a Servicio para los Miembros para obtener un intérprete. Este servicio no tiene costo para usted. Puede obtener el material para miembros de forma gratuita en otros idiomas, como árabe, armenio, chino, coreano, camboyano, farsi, ruso, español, tagalo y vietnamita. También podemos brindarle información en letra grande, sistema braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes puntos, 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



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*), lo que incluye pedirnos:
 - explicar por escrito por qué algo no está cubierto
 - 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 cobrarle un saldo o si pagamos menos del monto 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 este *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 Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare por medio de un plan de medicamentos u otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*:
 - para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos
 - para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que pueda comprender. Tiene el derecho de:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen acerca de todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado. Debemos decirle por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pedir una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de salir del hospital u otra instalación médica, aún si el médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a 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 un proveedor le denegó atención médica que usted cree 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 este *Manual para Miembros* explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que le suceda a usted, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito para **darle a alguien el derecho de tomar decisiones sobre** su atención médica por usted si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo
- **dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea

El documento legal que usa para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Dos 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 usar una directiva anticipada:



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a alguien de confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saber esta información.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombra para tomar decisiones por usted en caso de que no pueda hacerlo. Es conveniente que proporcione copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si se internará en un hospital y ya firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si ya firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a la mano.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que su directiva anticipada se incluya en su expediente médico.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtener información acerca de cambios en las leyes relacionadas con las directivas anticipadas. L.A. Care Medicare Plus le informará sobre cambios en la legislación estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada. 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 este *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 en nuestra contra. Llame a Servicios para los Miembros para obtener esta información.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que le dimos un trato injusto y el asunto **no** se relaciona con discriminación por los motivos mencionados en el **Capítulo 11** de este *Manual para Miembros* o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para los Miembros.
- Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program*, HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
- El Defensor de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” [Protecciones y derechos de Medicare], que se puede encontrar en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros.

- **Lea este *Manual para Miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y qué reglas seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*. Esos capítulos le informan lo que 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 este *Manual para Miembros*.
- **Infórmenos acerca de cualquier otra cobertura de salud o para medicamentos** que tenga. Tenemos que asegurarnos de que use 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 de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica para que le brinden la mejor atención.
 - Deles 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 estén al tanto de todos los medicamentos que esté tomando. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

- Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- Use la sala de emergencias de manera responsable; en casos de emergencia o cuando se lo indique su equipo de atención médica.
- **Trabaje con su equipo de administración de atención médica** participando en su plan de atención y completando una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe de manera respetuosa con todos los profesionales de atención médica involucrados en su atención, como los administradores de atención médica, los representantes de Servicios para los Miembros y el personal del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Las primas de la Parte A y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento. Esto será un copago. El **Capítulo 6** le informa lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Infórmenos si se muda.** Si tiene planeado 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 este *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para ver los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Incluso si se muda y sigue dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo.** Tenemos que mantener su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación del Ferrocarril).**
- **Infórmenos si tiene un número de teléfono nuevo** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Llame a Servicios para los Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



If you have questions, please call L.A. Care Medicare Plus at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free. **For more information**, visit medicare.lacare.org.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)

Introducción

Este capítulo incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué debe hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre él.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no va a pagar.
- 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 ayudarlo a encontrar fácilmente lo que busca. **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 de Medicare al 1-855-501-3077 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.....	194
A1. Información sobre los términos legales	194
B. Dónde obtener ayuda	194
B1. Para obtener más información.....	194
C. Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	196
D. Problemas con sus beneficios	196
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	196
E1. Decisiones de cobertura.....	196



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.

E2. Apelaciones	197
E3. Ayuda con las decisiones y apelaciones de cobertura	197
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?	198
F. Atención médica	199
F1. Uso de esta sección	199
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	200
F3. Presentación de una apelación de nivel 1	201
F4. Presentación de una apelación de nivel 2	204
F5. Problemas con los pagos	212
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	213
G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare	213
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	214
G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción	215
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	216
G5. Presentación de una apelación de nivel 1	218
G6. Presentación de una apelación de nivel 2	220
H. Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada	221
H1. Información acerca de sus derechos de Medicare	222
H2. Presentación de una apelación de nivel 1	223
H3. Presentación de una apelación de nivel 2	225
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos	225
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	226
I2. Presentación de una apelación de nivel 1	226
I3. Presentación de una apelación de nivel 2	228
J. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	229
J1. Los siguientes pasos para servicios y artículos de Medicare	229
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	230
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	232
K. Cómo presentar una queja	234
K1. ¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?	234
K2. Quejas internas	235
K3. Quejas externas	237



A. Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo le explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que use depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para asegurar la imparcialidad y la prontitud, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que debemos seguir usted y nosotros.

A1. Información sobre los términos legales

En este capítulo hay términos legales 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 siempre que podemos. Usamos abreviaturas en la menor medida posible.

Por ejemplo, decimos:

- “quejarse” en lugar de “presentar una queja formal”
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expedita”
- “Organización de Revisión Independiente” (*Independent Review Organization, IRO*) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (*Independent Review Entity, IRE*)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los incluimos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información

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 puede no tener la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de Defensa y Asesoría de Seguros 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 lo que debe hacer con respecto a su problema. El HICAP no tiene ninguna conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud. El HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.



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 del Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal, y hablar con un defensor sobre sus preguntas relacionadas con la cobertura médica. Es posible que le brinden ayuda legal gratuita. El Programa de Defensa de los Derechos del Paciente no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el 1-855-501-3077 y su sitio web es <https://healthconsumer.org/es/>.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov)

Cómo obtener 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 en un plan de salud, cambiar o cancelar su membresía de un plan de salud. 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 (*Department of Managed Health Care, DMHC*) de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar 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, con dificultades auditivas o del habla pueden usar el número TDD gratuito 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud al 1-833-522-3767 (TTY: 711) y usar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse al departamento. Utilizar este procedimiento de queja 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 de manera satisfactoria o 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, con el proceso de la IMR se 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 están en investigación y los conflictos relacionados con el pago de 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.

médicos de urgencia o emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web en Internet del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Cómo 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 atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se llama un “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal. En ocasiones, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para los beneficios de Medicare y otro proceso para los beneficios 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 siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

<p>¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?</p> <p>Esto incluye problemas sobre si una atención médica específica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos de la Parte B como atención médica.

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. 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 proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para 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.

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted por Medicare o Medi-Cal. 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 satisfecho con esta decisión, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Su apelación es manejada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

En la mayoría de los casos, usted debe comenzar su apelación en el nivel 1. 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 más rápida, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión acelerada o "decisión de cobertura rápida", o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

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 Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o Medicaid, la carta le informará cómo presentar usted mismo 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 presentar niveles adicionales de apelación.

E3. Cómo obtener ayuda con las decisiones y apelaciones de cobertura

Puede pedir ayuda a alguno de los siguientes:

- **Servicios para los Miembros** a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **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 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, con dificultades auditivas o del habla pueden usar



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 número TDD gratuito 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas que tienen planes Managed Medi-Cal, no puede ayudar a las personas que tienen solo planes Medicare y a las que están en los siguientes sistemas de salud organizados por el condado (*County Organized Health System, COHS*): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula los planes Medicare y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de COHS.

- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- **Un amigo o un miembro de su familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir 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 del Programa de Defensa de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.

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 aparecen al final de la página y pida el formulario “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 sobre cada una de ellas en una sección diferente de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F,** “Atención médica”
- **Sección G,** “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H,** “Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I,** “Cómo solicitar que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos” (esta sección solo corresponde a los siguientes servicios: atención médica en el hogar, atención en un hospital de enfermería y servicios en un establecimiento de rehabilitación ambulatoria integral [*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*])

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para los Miembros a los números de 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.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre la solicitud de una hospitalización más prolongada, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros* en el cuadro de beneficios. En algunos casos, es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos cómo difieren las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección le explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Usted cree que cubrimos la atención médica que necesita pero no está recibiendo.

Qué puede hacer: puede pedirnos 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 que no la pagaremos.

Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **sección F5**.

4. 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**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría afectar o dañar su salud.

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 CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** 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.

6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.



F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se le llama **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- llamando al 1-833-522-3767, TTY: 711
- enviando un fax al 1-213-438-5748
- escribiendo:

Attn: Member Appeals and Grievances Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, usamos las fechas límite "estándar" a menos que acordemos usar fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **5 días hábiles consecutivos** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días consecutivos** tras recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**. servicio o artículo médico en un máximo de 14 días consecutivos tras recibir su solicitud.
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

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 que requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le damos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico**
- **24 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**



Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Estar pidiendo la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre pagos de artículos o servicios que ya recibió.
- Utilizar las fechas límite estándar **podrían causarle un efecto o daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad de desenvolverse.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si recibe 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 informe sobre esto y utilizaremos las fechas límite estándar en su lugar. La carta le informa:
 - Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la rápida. Para obtener más información sobre la presentación de una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son:

- si la solicitud está incompleta;
- si alguien hace 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. A esta revisión se le llama apelación. Las apelaciones se tratan en la siguiente sección.

F3. Presentación de una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante autorizado 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.



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.

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.

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Si su médico u otra persona que recetó el medicamento le pide continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no es su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Designación de representante, el cual autoriza 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 iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud, y
 - le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que evalúe nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los siguientes 65 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 se retrasó su apelación cuando presente su apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden también darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre cobertura de atención, usted o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si recibe una apelación rápida.



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 decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que informe sobre esto y utilizamos las fechas límite estándar en su lugar. La carta le informa:
 - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico lo solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de la rápida. Para obtener más información sobre la presentación de una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibéndolos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o terminar la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de hacerlo.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de nivel 1 en un máximo de 10 días consecutivos a partir de la fecha de nuestra carta o a más tardar en la fecha de entrada en vigor prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con esta fecha límite, recibirá el servicio o artículo sin ningún cambio mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el asunto de su apelación) sin ningún cambio.
 - Si no presenta una apelación antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, nuevamente evaluamos detenidamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica.
- Revisamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos contactarlo a usted y a su médico para obtener más información.

Hay fechas límite para presentar una apelación rápida.

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un máximo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, le informamos acerca de esta organización y le explicamos el nivel 2 del proceso de apelación. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia del Estado de nivel 2 con el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia del Estado se



llama Audiencia del Estado. Para solicitar una Audiencia del Estado, consulte la sección Audiencia del Estado de este *Manual para Miembros*, según corresponda.

- **Si decimos que Sí a parte o a 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 o antes si su salud lo requiere.
- **Si decimos que No a parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

Hay fechas límite para presentar una apelación estándar.

- Cuando usamos las fechas límite estándar, debemos responderle **dentro de los 30 días consecutivos** después de recibir su apelación sobre cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le respondemos **dentro de los 7 días consecutivos** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, le informamos acerca de esta organización y le explicamos el nivel 2 del proceso de apelación. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia del Estado de nivel 2 con el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una Audiencia del Estado se llama Audiencia del Estado. Para solicitar una Audiencia del Estado, consulte la sección Audiencia del Estado de este *Manual para Miembros*, según corresponda.

Si decimos que Sí a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación o tan pronto como lo requiera su estado de salud y dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que cambiamos nuestra decisión o dentro de los 7 días consecutivos después de recibir su apelación si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si decimos que **No a parte o a la totalidad de su solicitud**, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos que **No a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviamos una carta.
- Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2.
- Si su problema es acerca de 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. Presentación de una apelación de nivel 2

Si decimos que **No a parte o a toda su apelación de nivel 1**, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que **Medicare** suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación en cuanto haya finalizado la apelación de nivel 1.



- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que **Medi-Cal** suele cubrir, puede presentar una apelación de nivel 2 por sí mismo. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtiene una apelación de nivel 2 con la IRO. Además de la apelación de nivel 2 automática, también puede solicitar al estado una Audiencia del Estado y una Revisión Médica Independiente. Sin embargo, no se puede solicitar una Revisión Médica Independiente si ya presentó pruebas en una Audiencia del 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 acerca de un servicio que normalmente solo cubre Medicare, los beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es acerca de un servicio que normalmente solo cubre Medi-Cal, los 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 IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces denominada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una oficina del gobierno. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos la información acerca de su apelación (su “expediente”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene el derecho de darle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan 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 en el nivel 1, automáticamente tiene una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también tiene una apelación estándar en el nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el nivel 1, automáticamente obtiene una apelación estándar en el 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.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días consecutivos** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días consecutivos** a partir de la recepción de su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y le explica las razones.

- **Si la IRO dice que Sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar con prontitud la decisión:
 - autorizar la cobertura de la atención médica **en un máximo de 72 horas**;
 - proporcionar el servicio dentro de los **5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar, o**
 - brindar el servicio **dentro de las 72 horas** posteriores a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice Sí a parte o a la totalidad de su solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **dentro de las siguientes 72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar, o**
 - **dentro de las siguientes 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que No a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. A esto se le llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted escoge si desea llevar adelante su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 con un total de cinco niveles.
 - Si su apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea ir al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de nivel 2.
 - Un juez administrativo (*Administrative Law Judge*, ALJ) 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.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

Hay dos maneras de presentar una apelación de nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: 1) presentar una queja o Revisión Médica Independiente, o 2) una Audiencia del Estado.



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) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC). Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC llevará a cabo su propia investigación de la queja o decidirá si el caso reúne los requisitos para una IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo de naturaleza médica cubierto por Medi-Cal. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio o artículo que usted pidió. Usted no paga ningún costo por una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determina que no es médicamente necesario.
- No quiere cubrir un tratamiento de Medi-Cal experimental o de investigación para una afección médica grave.
- Disputa si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza estética o reconstructiva.
- No quiere pagar servicios de emergencia o de urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días consecutivos para una apelación estándar o 72 horas o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener información acerca de nuestro proceso de apelación de nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o pedir una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación ante nosotros antes de poder presentar una IMR de nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Puede solicitar una IMR y una Audiencia del Estado, pero no tiene permitido ir a una IMR si ya presentó pruebas en una Audiencia del Estado o tuvo una Audiencia del Estado sobre el mismo problema.

Si se le negó el tratamiento porque era experimental o de investigación, no es necesario que participe en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o representa una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentarlo inmediatamente ante el DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.



Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a la fecha en que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. Es posible que el DMHC acepte su solicitud después de los 6 meses si usted tiene una buena razón; por ejemplo, que tuviera una afección médica que no le permitió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o que no haya recibido el aviso adecuado de nosotros sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de queja o la solicitud de IMR disponible en: www.dmhca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, anexe copias de las cartas y otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Llene el formulario de Asistente autorizado si alguien le está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el formulario de queja o la solicitud de IMR y cualquier adjunto al DMHC:

Envíelo en línea:

Envíelo por correo o por fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

En un máximo de 7 días consecutivos, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso reúne los requisitos para una IMR, se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de todos los documentos requeridos.

Si su caso es urgente y reúne los requisitos para una IMR, por lo general se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 7 días consecutivos posteriores a la recepción de todos los documentos requeridos.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia del Estado. Una IMR puede demorar más si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de usted o del médico que le está haciendo el tratamiento. Si está viendo a un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus expedientes médicos de ese médico. Su plan de salud debe obtener copias de sus expedientes médicos de los médicos que pertenecen a la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC evaluará su queja a través de su proceso regular de quejas del cliente. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la presentación de la solicitud completada. Si su queja es urgente, se resolverá antes.



(2) Audiencia del Estado

Puede pedir 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 la notificación “Carta de decisión de apelación”.

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 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 16.

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 petición 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 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - Al número de fax 916-309-3487 o número gratuito al 1-833-281-0903 de la División de Audiencias del Estado.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia 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:

* Pedir una Revisión Médica Independiente para que un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revise su caso.

* Pedir una Audiencia del Estado y un juez revisará 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 desea una Revisión Médica Independiente, debe solicitarla dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de resolución de la apelación. El siguiente párrafo le proporciona información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente.¹ Tenga en cuenta que el término “queja” se refiere tanto a las “quejas” como a las “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 queja 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 tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea **TDD (1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento **www.dmhca.gov** tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

AUDIENCIA DEL ESTADO

Si desea una Audiencia del Estado, debe solicitarla dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de resolución de la apelación. No obstante, si su plan de salud siguió brindándole el/los servicio(s) que está objetando (pago de asistencia mientras la causa está pendiente) durante el proceso de apelación del plan de salud, y desea que el/los servicio(s) continúe(n) 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 resolución de la apelación. Si bien su plan de salud debe brindarle un pago de asistencia mientras la causa está pendiente cuando usted solicita una Audiencia del Estado de esta manera, debería avisarle a su plan de salud que desea recibir el pago de asistencia mientras la causa está pendiente hasta que se tome una decisión con respecto a su Audiencia del Estado. Para comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care, llame al 1-888-839-9909, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame a la línea TTY al 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 auditivas o del habla, llame a la línea TTY/TDD al 1-800-952-8349.

* Por escrito: llene un formulario de Audiencia del Estado o escriba una carta. Envíelos por correo o por 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: (916) 309-3487 o línea telefónica gratuita 1-833-281-0903

Si necesita un intérprete, infórmele 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 un familiar, amigo, defensor, médico o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la División de Audiencias del Estado que esta persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se denomina representante autorizado.

AYUDA LEGAL

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al Departamento de Asuntos de los Consumidores y las Empresas 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 División de Audiencias del Estado le da su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la División de Audiencias del Estado dice que **Sí** a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las siguientes 72 horas** después de que recibamos su decisión.



- Si la División de Audiencias del Estado dice que **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. A esto se le llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia del Estado es **No** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 se envió a la **IRO**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una cierta cantidad mínima. Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. **La carta que reciba de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que reciba de la División de Audiencias del Estado describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

F5. Problemas con 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 por servicios, artículos o categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por un monto mayor que el copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. En caso de que la haya pagado, puede obtener un reembolso de nuestro plan siempre y cuando haya seguido las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*. Este describe situaciones en las que puede necesitar pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le dice 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 la parte del costo que nos corresponde por el servicio o artículo típicamente en un plazo de 30 días consecutivos, pero no después de 60 días consecutivos posteriores a recibir su petición.
- 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 "**Si**" a su petición 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 apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si realiza una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos responderle dentro de los 30 días consecutivos después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si sucede esto.

- Si la IRO 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 el pago a usted o a su proveedor de atención médica dentro de los siguientes 60 días consecutivos.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su petición. A esto se le llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección solo corresponde a las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección usaremos “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede pedir que tomemos acerca de los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o
 - anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede recibir).
- Nos pregunta 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).



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.

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 acerca de sus medicamentos de la Parte D de Medicare se le llama "**determinación de cobertura**".

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Ésta es una petición de una decisión de cobertura acerca de un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa cómo pedir decisiones de cobertura y también como presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita una exención a una restricción de un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección G2 y luego consulte las secciones G3 y G4.</p>	<p>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.</p> <p>Puede solicitar una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Desea solicitar que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recetó el medicamento tiene que explicar los motivos médicos por los que usted 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**".



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.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que recetó el medicamento nos puede pedir:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos***

- Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que corresponde a los medicamentos del nivel 4.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. **Remover una restricción para un medicamento cubierto**

- Se aplican reglas y restricciones adicionales a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - 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 (*Prior Authorization, PA*)”.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (A esto a veces se le llama “terapia por pasos”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones en el monto del medicamento que puede tener.

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 otro profesional 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 cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección 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 pide una excepción del nivel de cobertura, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles inferiores de costo compartido no le funcionen igual de bien o sea probable que le 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 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 decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida 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, 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 pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber 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 pida una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, denos 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 le recete medicamentos pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos las “fechas límite estándar” a menos que acordemos usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión estándar de cobertura** 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 pedir una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos las fechas límite estándar.



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 su médico u otro profesional que recetó el medicamento le dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud conforme al plazo de la decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otra persona que recetó el medicamento, nosotros decidiremos si le damos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares en su lugar.
 - Le enviamos una carta que le informa que usaremos la fecha límite estándar. Esta carta también le informa cómo presentar una apelación sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite para una “decisión rápida de cobertura”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos responderle dentro de las siguientes 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 apoyo de su médico. Le damos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. La carta también le dice cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que no recibió

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos responderle dentro de las siguientes 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 apoyo de su médico. Le damos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una IRO.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le damos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. La carta también le dice cómo presentar una apelación.



Fechas límite para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que ya compró

- Debemos responderle dentro de 14 días consecutivos después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos esta fecha límite, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que sea revisada por una IRO.
- Si decimos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsamos en un máximo de 14 días consecutivos.
- **Si** decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta con las razones. La carta también le dice cómo presentar una apelación.

G5. Presentación de una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **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, su médico (u otra persona que recetó el medicamento). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los siguientes 65 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 se retrasó su apelación cuando presente su apelación.
- Tiene el derecho de pedirnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden también darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación expedita**”.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de 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 los de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a evaluar detenidamente toda la información acerca de 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.

- Revisamos si seguimos las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Podemos contactarlo a usted o a su médico u otra persona que recetó el medicamento para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida en el nivel 1

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos responderle **dentro de las siguientes 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 un máximo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una IRO. 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 parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones y decirle cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar en el nivel 1

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos responderle **dentro de los 7 días consecutivos** después de recibir su apelación sobre un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión más rápido si no recibió el medicamento y si 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 apelación. Luego, la revisa una IRO. 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 parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días consecutivos** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **dentro de los 30 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta para explicarle las razones y decirle cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación.



- Si no le damos una decisión dentro de los 14 días consecutivos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una IRO. 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 parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones y decirle cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentación de 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, usa el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es "**Entidad de Revisión Independiente**", a veces denominada "**IRE**".

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante o su médico u otra persona que recetó el medicamento debe comunicarse con la IRO **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 IRO. Estas instrucciones le dicen quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se llama el "expediente del caso". **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente, llame al [inserte el número de teléfono correspondiente].
- Tiene el derecho de darle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Fechas límite para una apelación rápida en el nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si esta aprueba una apelación rápida, debe darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.



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.

Fechas límite para una apelación estándar en el nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió
- **dentro de los 14 días consecutivos** posteriores a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró

Si la IRO dice que **Sí** a 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 IRO.
- Debemos hacerle un reembolso por un medicamento que compró dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
 - Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. A esto se le llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **No** a su apelación de nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento 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 IRO le envía una carta que le dice 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 escoge si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación de nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si quiere presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulta la carta que la IRO le envió después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4, y 5.

H. Cómo pedirnos 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 este *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.

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 que pueda necesitar después de salir.

- El día que sale del hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le dice cómo hacerlo.

No obstante las apelaciones presentadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4** 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.

H1. Información acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todos los que reciben Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** atentamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa acerca de 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 preocupación que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.
 - Apelar si cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le haya dado.



- **Guarde su copia** del aviso firmada para tener la información en caso de que la necesite.

Si firma el aviso más de dos días antes del día que sale del hospital, obtendrá otra copia antes de que lo den de alta.

Puede revisar una copia del aviso por adelantado si usted:

- 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 (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentación de una apelación de nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, debe presentar una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization*, QIO) hace la revisión de la apelación de nivel 1 para saber si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos revisan y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health. Llámeles al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). La información de contacto también viene en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha de alta programada.

- **Si llama antes de salir**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- 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** para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta 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.



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 al Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápido y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionó.
- Para el mediodía del día después de que los revisores informan a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta que le indica su fecha de alta programada. La carta también indica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente apropiada 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 aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios terminará el mediodía del día después de que la QIO dé respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO dé respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de nivel 1 y permanece en el hospital después de su fecha de alta programada.



H3. Presentación de una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores a la fecha en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión **únicamente** si permanece en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención terminó.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días consecutivos a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- Le da una carta en la que le dice lo que 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** para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Un ALJ 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.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de atención médica en el hogar;
- atención de enfermería especializada en un hospital de enfermería, 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.

- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o se está recuperando de una operación seria.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene el derecho de recibir los servicios cubiertos 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 la cobertura de dicho servicio termine, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se llama "Notificación de no cobertura de Medicare". El aviso le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentación de una apelación de nivel 1

Si cree que estamos terminando 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 las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Comprenda y siga las fechas límite correspondientes a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con las fechas límite. Si cree que no estamos cumpliendo las fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta 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 HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y sobre cómo comunicarse con ellos.
 - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y pida una "apelación rápida".** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que dejemos de cubrir sus servicios médicos.



Su fecha límite para contactar a esta organización

- Debe comunicarse con la QIO 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 la Organización de Mejoramiento 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** 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 aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

¿Qué sucede durante una apelación rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito en la que se explican las razones por las que se pone fin a la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la notificación de la explicación es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le informarán su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.



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 paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un hospital de enfermería o los servicios de un CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

13. Presentación de una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámeme al número de teléfono de QIO.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días consecutivos** posteriores a la fecha en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión **únicamente** si continuó recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención médica terminó.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días consecutivos a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que dijimos que acabaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura de la atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Esta está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.
- Le da una carta en la que le dice lo que 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** para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC adicionalmente o en lugar de una apelación de nivel 3.

Un ALJ 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. Sigüientes 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 rechazadas, quizás tenga derecho a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza una cierta cantidad mínima en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de nivel 2 le explica a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un 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, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que le sea favorable.

- 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 el servicio 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 rechaza su apelación, el proceso finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará 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 el servicio 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 terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de una corte federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta es la decisión definitiva. No hay ningún otro nivel de apelación más allá de la corte federal de distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medi-Cal suele cubrir. La carta que reciba de la División de Audiencias del Estado le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si aún no está de acuerdo con esta decisión, puede:

* Pedir una Revisión Médica Independiente para que un revisor externo que no esté relacionado con el plan de salud revise su caso.

* Pedir una Audiencia del Estado y un juez revisará 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 desea una Revisión Médica Independiente, debe solicitarla dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de resolución de la apelación. El siguiente párrafo le proporciona información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente. 1 Tenga en cuenta que el término “queja” se refiere tanto a las “quejas” como a las “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 queja 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 tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea **TDD (1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento **www.dmhca.gov** tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

AUDIENCIA DEL ESTADO

Si desea una Audiencia del Estado, debe solicitarla dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de resolución de la apelación. No obstante, si su plan de salud siguió brindándole el/los servicio(s) que está objetando (pago de asistencia mientras la causa está pendiente) durante el proceso de apelación del plan de salud, y desea que el/los servicio(s) continúe(n) 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 resolución de la apelación. Si bien su plan de salud debe brindarle un pago de asistencia mientras la causa está pendiente cuando usted solicita una Audiencia del Estado de esta manera, debería avisarle a su plan de salud que desea recibir el pago de asistencia mientras la causa está pendiente hasta que se tome una decisión con respecto a su Audiencia del Estado. Para comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care, llame al 1-888-839-9909, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame a la línea TTY al 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 auditivas o del habla, llame a la línea TTY/TDD al 1-800-952-8349.

* Por escrito: llene un formulario de Audiencia del Estado o escriba una carta. Envíelos por correo o por 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: (916) 309-3487 o línea telefónica gratuita 1-833-281-0903



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.

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 (*Corporate 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, infórmele 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 un familiar, amigo, defensor, médico o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la División de Audiencias del Estado que esta persona tiene autorización para hablar en su nombre. Esta persona se denomina representante autorizado.

AYUDA LEGAL

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. Llame al Departamento de Asuntos de los Consumidores y las Empresas 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.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló cumple con cierto valor en dólares, usted podría continuar en niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que recibe a su apelación de nivel 2 le explica a quién debe contactar y qué debe hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un 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 terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de 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 rechaza su apelación, el proceso finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de 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 o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de una corte federal de distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta es la decisión definitiva. No hay ningún otro nivel de apelación más allá de la corte 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, los tiempos de espera, la coordinación de la atención 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 está insatisfecho con la calidad de la atención médica; por ejemplo, la atención 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.
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 lo trató mal. Cree que lo están hostigando para que abandone el plan.
Accesibilidad y asistencia con el idioma	<ul style="list-style-type: none"> No puede acceder físicamente a los servicios y a las instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no sea el inglés (como lenguaje de señas americano o español). Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> Tiene dificultad para obtener una cita o espera demasiado para obtenerla. Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales médicos; Servicios para los Miembros, u otro empleado de nuestro plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> Cree que la clínica, el hospital o el consultorio médico no está limpio.
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> Cree que no le dimos un aviso o carta que debió haber recibido. Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
La puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> Cree que no cumplimos nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación en su favor, no cumplimos las fechas límite para aprobar o darle el servicio o el reembolso por ciertos servicios médicos. No cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.



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.

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 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 en el caso de 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 “quejarse” 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 de Medicare. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días consecutivos** después de que tuvo el problema del que quiere quejarse.

- Si hay algo más que necesite 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

Correo postal: L.A. Care Health Plan

Attention: Appeals & Grievance Department -348

1200 W. 7th Street

Los Angeles, CA 90081

En línea: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- En el caso de que un miembro desee que alguien actúe en su nombre (por ejemplo, un familiar, un abogado), se debe completar 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 la dirección postal indicada anteriormente. 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 quejas y 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

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

Quejas

Parte D

- El miembro puede presentar una queja o formal expresión de insatisfacción en cualquier momento.

Todas las demás quejas

- El miembro puede presentar una queja o expresión de insatisfacción en cualquier momento.
- Plazo de queja acelerada: 24 horas
- Plazo estándar: 30 días
- El caso puede extenderse 14 días más.
- El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal 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 notificaremos por escrito. También le damos una actualización del estado y un plazo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgamos una “queja rápida” y respondemos 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 respondemos 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/my/medicare-complaint. No es necesario que presente 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, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

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 (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días consecutivos. Sin embargo, puede ponerse en contacto con el DMHC sin presentar una apelación de nivel 1 si necesita ayuda con una queja relacionada con un asunto urgente o que suponga una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días consecutivos.

Estas son dos maneras de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, 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 (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights, OCR*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Health and Human Services, HHS*) si considera que lo trataron de manera injusta. Por ejemplo, puede quejarse sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número telefónico de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse a la oficina de OCR 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, CA 94103

LLAME AL: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
FAX: 1-202-619-3818

También puede tener derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act, ADA*) y bajo cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse al Programa de Defensa de los Derechos del Paciente para obtener ayuda. Su número de teléfono es 1-888-452-8609.

QIO

Cuando su queja es por calidad de la atención médica, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboramos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

En California, la QIO se conoce como Commence Health. El número de teléfono de Commence Health 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 a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar nuestro plan. Si deja 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 este *Manual para Miembros*.

Índice

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	240
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	241
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	241
C1. Sus servicios de Medicare	241
C2. Sus servicios de Medi-Cal	245
D. Sus artículos y servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	246
E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan finaliza.....	246
F. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	247
G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	247
H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan	247



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. Debido a que usted tiene Medi-Cal,

- tiene varias opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, 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 **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1.º de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. 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:

- si se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- si su elegibilidad para Medi-Cal o la Ayuda Adicional cambió
- si se mudó hace poco, 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 abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información acerca de cómo puede finalizar con su membresía llamando a:

- Servicios para los Miembros al número que se encuentran en la parte inferior de esta página. También se incluye el número para los usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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. 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.



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.

- 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 MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos (*Drug Management Program, DMP*), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener información acerca de los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe pedir que se le dé de baja de nuestro plan. Hay dos formas para pedir que lo den de baja:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para los Miembros al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 abandone nuestro plan en el cuadro de la página 242.
- 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.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Usted tiene opciones sobre cómo recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados periodos del año, incluidos el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted terminará 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:</p> <p>Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi), que es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los Medi-Medi Plans coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Cobertura Médica Total para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si califica.</p> <p>Nota: El término plan Medi-Medi es el nombre que reciben los planes integrados de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) en California.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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 (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 Asesoramiento 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 Medi-Medi Plan.</p> <p>Su membresía en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su plan nuevo.</p> <p>Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su plan Medi-Medi.</p>
---	--



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado y un plan de Medi-Cal.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento 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>Inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Seguirá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p>
---	--



<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos 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 solamente si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (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>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Defensa y Asesoramiento 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 cancelará automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Seguirá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.</p>
--	--



<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluidos el período de inscripción abierta y el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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 (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 Asesoramiento 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>Inscríbese en un nuevo plan de Medicare. Su membresía en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su plan nuevo. Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>
--	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte de qué manera se verá afectada su cobertura de Medi-Cal si se inscribe en otro plan o si regresa a Medicare Original.

Procesar su solicitud de cancelación de la membresía en L.A. Care e inscribirle en otro plan de su condado demora hasta 30 días. Para averiguar el estado de su solicitud, llame a Opciones de Atención Médica.

Entre los miembros que pueden solicitar la cancelación acelerada se incluyen, a modo de ejemplo, niños que reciban servicios del Programa de Cuidado de Crianza Temporal o del Programa de Asistencia en Adopción, miembros con necesidades de atención médica especiales y miembros que ya estén inscritos en Medicare u otro plan de atención médica administrada de Medi-Cal o comercial.



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 puede solicitar la cancelación de la membresía en L.A. Care poniéndose en contacto con la oficina local de salud y servicios humanos de su condado.

Busque su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>. O llame a Opciones de Atención Médica

D. Sus artículos y 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, usted seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finalice su membresía en L.A. Care Medicare Plus, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud inicia antes de que sea dado de alta.

E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan finaliza

Estos son los 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 para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: Si ya no reúne los requisitos para recibir Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte a continuación la información sobre el periodo de consideración. El Departamento de Servicios de Salud (*Department of Health Care Services, DHCS*) de California o los Centros de 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 se va 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 en el área de servicio del plan.
- Si va a prisión por haber cometido un delito.
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que tiene para medicamentos.
- 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.



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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán 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 usted está dentro del período de 3 meses de consideración de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Su costo por los servicios puede cambiar. Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos la autorización de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos proporciona de manera intencional información incorrecta cuando se inscriba 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 para miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedir al inspector general que investigue su caso si finalizamos 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho de presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si acabamos con su membresía en nuestro plan, debemos decirle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta 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.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos más importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Notificación sobre las leyes.	249
B. Notificación federal de no discriminación	249
C. Notificación de no discriminación para Medi-Cal	249
D. Notificación acerca de Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso.	251
E. Notificación acerca de la recuperación por parte de Medi-Cal a partir del patrimonio . . .	251



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 este *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 federal de no discriminación

No discriminamos debido a raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y regulaciones que correspondan por cualquier otro motivo.

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.

C. Notificación de no discriminación para Medi-Cal

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a 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 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). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese.
- Por teléfono: comuníquese con el director 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 a **TTY 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.

- **Por escrito:** llene un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:
 L.A. Care Health Plan
 Chief Compliance Officer
 1200 West 7th Street
 Los Angeles, CA 90017
- **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.

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 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de la 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.



D. 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.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda otra cobertura médica (*Other Health Coverage, OHC*) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura médica, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario con respecto a la OHC de Medicare, para cubrir los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Notificación acerca de la recuperación por parte de Medi-Cal a partir del patrimonio

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso de los bienes heredados de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de los 55 años de edad. El reembolso incluye el pago por servicio y las primas de atención administrada o pagos de capitación por los servicios en una residencia de reposo, los servicios en el hogar y comunitarios, y los servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el miembro era un paciente hospitalizado en una residencia de reposo o recibía servicios en el hogar y comunitarios. El reembolso no puede exceder el valor de la herencia testamentaria de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación del patrimonio del Departamento de Servicios de Salud en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos importantes usados a lo largo de este *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos están enumerados en orden alfabético. 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.



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.

Administración de Terapias con Medicamentos (*Medication Therapy Management, MTM*): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5 de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

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.

Apelación: una manera en la que usted puede cuestionar nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica las apelaciones, lo que incluye cómo presentar una apelación.

Atención de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan continua y diariamente en un hospital de enfermería. Los ejemplos de atención en un hospital de enfermería incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas (IV) que puede proporcionar una enfermera titulada o un médico.

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.

Atención médica de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero necesita atención de inmediato. Puede recibir atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a ellos porque, dada la hora, el lugar o las circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección no detectada, pero no se trata de una emergencia médica).

Audiencia del Estado: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no queremos aprobar o si no queremos continuar 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.

Autorización previa (, PA): 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 una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *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.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos únicamente si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están señalados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

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

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.

Biosimilar intercambiable: un producto biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Biosimilar: es un medicamento biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Véase “Biosimilar intercambiable”).

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).

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.

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.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Como miembro del plan, usted solo cubre los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le cobren más que este monto.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Copago: un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que surte ciertos medicamentos. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.



Costo compartido: los montos que debe pagar cuando recibe ciertos medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Costos de bolsillo: al 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.

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 ha sido certificada médicamente como una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- 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.

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 este *Manual para Miembros* explica cómo nos puede solicitar una decisión de cobertura.

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC): el departamento del estado en California que es responsable de regular la mayoría de 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 (*Independent Medical Review, IMR*).

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).

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando este o alguno de nuestros proveedores decide 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 este *Manual para Miembros* explica las decisiones de cobertura.

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 la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, pérdida de un niño por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que se deteriora rápidamente.

Equipo de atención médica: consulte “Equipo de cuidados interdisciplinario”.

Equipo interdisciplinario de atención médica (Interdisciplinary Care Team, ICT o equipo de atención médica): un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros, consejeros



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.

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.

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.

Especialista: médico que brinda tratamiento para determinados tipos de problemas médicos. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata las fracturas, un alergista trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, el miembro necesitará una referencia de su PCP para atenderse con un especialista.

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 incluye terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Evaluación de riesgos para la salud (*Health Risk Assessment, HRA*): una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para comprender su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

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.

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.

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.

Farmacia especializada: consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

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.

Herramienta de beneficios en tiempo real (*Real Time Benefit Tool*): un portal o aplicación de computadora en el que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para la persona inscrita. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.



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.

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 esta.

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.

Juez administrativo: un juez administrativo (*Administrative Law Judge, ALJ*) es un juez que atiende y decide casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

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”.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede recibir. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

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.

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 Medi-Cal.

Medi-Medi Plan: un plan Medi-Medi Plan es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un mismo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y recursos de apoyo a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid para el estado de California.



Medicamento de marca: un medicamento 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 y por lo general no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca expira.

Medicamento genérico: un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) 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.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (*Over-the-Counter, OTC*) que cubre nuestro plan.

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 de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son los medicamentos o fármacos que una persona puede comprar sin receta médica de un profesional de la salud.

Medicare Advantage: 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.

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 de Medicare (seguro de hospitalización) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare: programa federal de seguro de salud 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 Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

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.



Miembro de Medicare-Medi-Cal: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un miembro de Medicare-Medicaid también se le llama una “persona con doble elegibilidad”.

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.

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 cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* está en uno de cinco niveles.

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 ayudarlo 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 este *Manual para Miembros*.

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 la QIO para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre QIO.

Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una oficina del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

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 ahí.

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 A: consulte “Parte A 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.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare por medio de un Plan de MA.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos, las vacunas y otros suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

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.

Plan de atención médica personalizado ([*Individualized Care Plan, ICP*] o *Plan de Atención*): un plan que les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesitará y cómo obtenerlos. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y recursos de apoyo a largo plazo.

Plan de atención: consulte “Plan de atención médica personalizado”.

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 Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También dispone de coordinadores de atención médica para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proporcionar la atención médica que necesita.

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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Véase también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).



Programa de Administración de Medicamentos (*Drug Management Program, DMP*): un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*): un programa que ayuda a garantizar que las personas elegibles con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida.

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 Medicaid en conjunto para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

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 este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

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 los medicamentos que toma con regularidad.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (*Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP*): un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

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 este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de los proveedores de atención primaria.

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”.



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.

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* explica qué son los proveedores o centros fuera de la red.

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.

Queja formal: 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.

Queja: una declaración escrita o verbal que indica que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del 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”.

Referencia: una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no 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 este *Manual para Miembros*.

Residencia o centro de reposo: un centro que brinda atención para las personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital.

Revisión Médica Independiente (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 expertos 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.

Salud conductual: se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con los demás. Es un término que incluye todo lo que hace referencia a los servicios para los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias.

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.

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.



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 cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.

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.

Servicios de Asistencia en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*): el programa de IHSS ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer con seguridad en su propia casa. Los IHSS son una alternativa a la atención fuera del hogar, como residencias de reposo o centros con alojamiento y cuidados. Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios pueden autorizarse para cada participante según sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidades mentales. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para 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 este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para los Miembros.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios y Recursos de Apoyo a Largo Plazo (*Long-Term Services and Supports, LTSS*): los servicios y apoyos de largo plazo ayudan a mejorar una enfermedad de larga duración. 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 LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS), también conocidos como atención sanitaria diurna para adultos, las residencias de reposo (*Nursing Facilities, NF*) y los apoyos comunitarios. Los Servicios de asistencia en el hogar (IHSS) y los programas de exención 1915(c) son LTSS de Medi-Cal que se prestan fuera de nuestro plan.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte "Ayuda Adicional".

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.



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: 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 será un poco menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de menos de \$0.35.

Terapia de pasos: una regla de cobertura que le exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

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 inscribirse en nuestro plan.

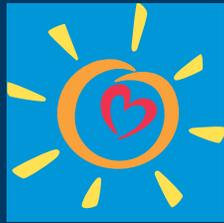
Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) integrado: plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas con derecho tanto a Medicare como a Medicaid. Estas personas son individuos con doble elegibilidad para beneficios completos.

Servicios para los Miembros de L.A. Care Medicare Plus

LLAME AL	1-833-522-3767 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. El Departamento de Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
FAX	1-213-438-5712
ESCRIBA A	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
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