

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ofrecido por Inland Empire Health Plan (IEHP) Health Access

Aviso anual de cambios para 2020

Introducción

Usted está inscrito actualmente como Miembro de IEHP DualChoice. El año próximo, habrá algunos cambios a los beneficios, cobertura, reglas y costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* le dice sobre los cambios y donde encontrar más información sobre ellos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| A. Renuncias de garantías..... | 2 |
| B. Revisando su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo..... | 2 |
| B1. Recursos adicionales..... | 2 |
| B2. Información sobre IEHP DualChoice..... | 3 |
| B3. Cosas importantes que hacer: | 3 |
| C. Cambios a los proveedores y farmacias de la red..... | 5 |
| D. Cambios a los beneficios y costos para el año próximo..... | 5 |
| D1. Cambios a los beneficios costos para servicios médicos..... | 5 |
| D2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta..... | 6 |
| E. Cómo elegir un plan..... | 8 |
| E1. Cómo quedarse en nuestro plan..... | 8 |
| E2. Cómo cambiar planes..... | 8 |
| F. Cómo obtener ayuda..... | 10 |
| F1. Obteniendo ayuda de IEHP DualChoice..... | 10 |
| F2. Obteniendo ayuda del agente de inscripciones del estado..... | 11 |
| F3. Obteniendo ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect..... | 11 |
| F4. Obteniendo ayuda del Programa de asesoría y defensa del seguro de salud (HICAP)..... | 11 |
| F5. Obteniendo ayuda de Medicare..... | 11 |
| F6. Obteniendo ayuda del Departamento de cuidados de salud administrados de California (DMHC)..... | 12 |



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

A. Renuncias de garantías

- ❖ IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal, para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ La cobertura de IEHP DualChoice es una cobertura de salud que califica llamada “cobertura esencial mínima”. Satisface la Disposición de la Responsabilidad Compartida para Individuos de la Ley de protección al paciente y de cuidado de salud de bajo costo (Affordable Care Act, ACA) . Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre la Disposición de la Responsabilidad Compartida para Individuos.

B. Revisando su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el ño próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, es posible que usted pueda dejar el plan. Lea la Sección E2 para más información.

Si decide abandonar IEHP DualChoice, su participación terminará el último día del mes en que usted haga su pedido.

Si abandona nuestro plan, usted seguirá en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible.

- Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página 8 para ver sus opciones).
- Usted seguirá inscrito en Inland Empire Health Plan (IEHP) Health Access para sus beneficios de Medi-Cal, a menos que usted elija un plan de Medi-Cal solamente diferente (para más información, vaya a la página 10).

B1. Recursos adicionales

- **ATENCIÓN:** Si habla otros idiomas, tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días a la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- **ATENCIÓN:** Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, sin cargo, a su disposición. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en español o en un formato alternativo, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

B2. Información sobre IEHP DualChoice

- IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal, para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos
- La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima” (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>, para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- IEHP DualChoice lo ofrece IEHP Health Access. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa IEHP Health Access. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa IEHP DualChoice.

B3. Cosas importantes que hacer:

- **Revise si hay algún cambio a sus beneficios y costos que pueda afectarle.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa?
 - Es importante revisar los cambios a los beneficios y costos para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo.
 - Busque en las secciones D1 y D2 la información sobre cambios a los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Revise si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos de receta que pueda afectarle.**
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

- Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo.
- Busque en la sección D2 la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de su medicamento pueden haber aumentado desde el último año.
 - Hable con su médico sobre alternativas con costos más bajos que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año.
 - Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y muestran otra información de precios de medicamentos año tras año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de su medicamento.
- **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa?
 - Busque en la sección C la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está contento con nuestro plan.**

Si decide quedarse en IEHP DualChoice:

Si desea quedarse con nosotros el año próximo, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, es posible que usted pueda cambiar de planes (lea la sección E2 para más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección E2, página 8 para saber más sobre sus opciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

C. Cambios a los proveedores y farmacias de la red

Nuestra red de farmacias ha cambiado para 2020.

Le recomendamos mucho que **revise su *Directorio de proveedores y farmacias actual*** para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.iehp.org. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347) para pedir información actualizada o para pedir que le envíen por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Encontrará más información en el capítulo 3 de su *Manual del miembro*.

D. Cambios a los beneficios y costos para el año próximo

D1. Cambios a los beneficios y costos para servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos y lo que usted paga por estos servicios cubiertos el año próximo. La tabla siguiente describe estos cambios.

| | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---------------------------|---|--|
| Servicios dentales | Los beneficios dentales son proporcionados por Delta Dental of California. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios dentales, llame al 1-855-242-1036, de lunes a viernes de 5 a.m. a 5 p.m. (PST). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al Servicio de Retransmisión de California al 711. En caso de mejora del beneficio para incluir metales nobles o muy nobles, el proveedor puede cobrarle los costos de laboratorio adicionales del metal mejorado. Las coronas de porcelana/resina fundida en metal en los molares se consideran una mejora. Si se proporciona una corona de porcelana/resina fundida en metal en un molar, el proveedor puede cobrarle los costos de laboratorio adicionales de la porcelana/resina. | Los beneficios dentales están disponibles a través de una cuota por servicios de Denti-Cal. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal, comuníquese a la línea de Servicios al Cliente Beneficiario de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del programa de Denti-Cal están disponibles para ayudarle de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en https://www.denti-cal.ca.gov/ para obtener más información. |



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

| | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|---|-----------------------|
| | <p>En caso de mejora de un puente fijo anterior cubierto para incluir metales nobles o muy nobles, el proveedor puede cobrar los costos de laboratorio adicionales del metal mejorado. El Plan proporciona cobertura adicional que puede utilizarse para servicios dentales preventivos o integrales. Este plan no impone una periodicidad máxima de beneficios del plan. Algunos servicios dentales, como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas, se encuentran disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal.</p> | |

D2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Una *Lista actualizada de medicamentos cubiertos* se encuentra en nuestro sitio web en www.iehp.org. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347) para información de medicamentos actualizada o para pedir que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos **para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo** y para ver si hay alguna restricción.

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

- Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente que sí cubrimos.
 - Puede llamar a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347) o comuníquese con su coordinador de cuidados médicos para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
- Trabaje con su médico (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

IEHP DUALCHOICE AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2020

- Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
- Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2020* o llame a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347).
- Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro o su coordinador de cuidados médicos. Lea el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para aprender más sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidados.

Si IEHP DualChoice aprueba una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, es posible que IEHP DualChoice no le pida que solicite la aprobación para un resurtido o una nueva receta médica para el año siguiente, siempre y cuando siga siendo Miembro de IEHP DualChoice. Si decide quedarse con nosotros el próximo año, IEHP DualChoice puede elegir continuar la cobertura en el nuevo año de beneficios.

Cambios a los costos de medicamentos de receta

Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel. Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso pudiera afectar su copago. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros 3 niveles de medicamentos.

| | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|--|--|--|
| Medicamentos del Nivel 1 <i>(medicamentos genéricos)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 surtido en una farmacia de la red | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$1.25; \$3.40 por receta. | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta. |
| Medicamentos del Nivel 2 <i>(medicamentos de marca)</i> Costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0; \$3.80; \$8.50 por receta. | Su copago por un suministro de un mes (31 días) es de \$0 por receta. |



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

| | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|-----------------|-----------------------|
| <p>Medicamentos del Nivel 3</p> <p><i>(medicamentos sin receta o que no son de Medicare)</i></p> <p>Costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p> | \$0 | \$0 |

E. Cómo elegir un plan

E1. Cómo quedarse en nuestro plan

Esperamos que siga como miembro con nosotros el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en su plan de salud. Si usted no se inscribe en un plan Cal MediConnect diferente, se cambia a un Plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, se quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan durante el año 2020.

E2. Cómo cambiar planes

Usted puede terminar su participación en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Plan de Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de MediConnect o cambiándose a Medicare Original.

Cómo recibirá sus servicios de Medicare

Usted tendrá tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted terminará automáticamente su participación en nuestro plan Cal MediConnect:

| | |
|--|--|
| <p>1. Usted puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o, si usted cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de cobertura total de salud para personas de la tercera edad (<i>Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE</i>)</p> | <p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para preguntas sobre 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 Asesoría y Defensa de Seguros de Salud de California (<i>California Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP</i>) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de |
|--|--|



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

| | |
|--|--|
| | <p>8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.</p> <p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p> |
| <p>2. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p> | <p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área. <p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> |
| <p>3. Usted puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> | <p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para |



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

| | |
|---|---|
| <p>Solamente debe abandonar su cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si usted tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.</p> | <p>encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.</p> <p>Su inscripción en IEHP DualChoice terminará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p> |
|---|---|

Cómo recibirá servicios de Medi-Cal

Si deja nuestro plan de Cal MediConnect, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP a menos que seleccione un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen casi todos los servicios y respaldos a largo plazo y cuidado de salud del comportamiento.

Si quiere elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, usted tendrá que avisar a Health Care Options. Usted puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

F. Cómo obtener ayuda

F1. Obteniendo ayuda de IEHP DualChoice

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347) (sólo para TTY, llame al 1-800-718-4347). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días a la semana, incluidos los días festivos. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Su *Manual del miembro de 2020*

El *Manual del miembro de 2020* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

El *Manual del miembro de 2020* estará disponible a más tardar el 15 de octubre. La copia más actualizada del *Manual del miembro de 2020* se encuentra en nuestro sitio web en www.iehp.org. También puede llamar a Servicios al miembro al 1-877-273-IEHP (4347) para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro de 2020*.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Nuestro sitio web

Usted también puede ir a nuestro sitio web en www.iehp.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el *Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

F2. Obteniendo ayuda del agente de inscripciones del estado

Health Care Options puede ayudarle si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Cal MediConnect u otros problemas con la inscripción. Usted puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

F3. Obteniendo ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect

El Programa Ombuds de Cal MediConnect puede ayudarle, si tiene algún problema con IEHP DualChoice. Los servicios del ombudsman son gratuitos. El Programa Ombuds de Cal MediConnect:

- Trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
- Asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de seguro de salud. El teléfono del Ombuds de Cal MediConnect es el 1-855-501-3077.

F4. Obteniendo ayuda del Programa de asesoría y defensa del seguro de salud (HICAP)

También puede llamar al Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*). En California, el SHIP se llama Programa de Asesoría y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden ayudarle a entender sus opciones de su plan Cal MediConnect y responder a sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222. Visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.

F5. Obteniendo ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). Si usted decide cancelar su inscripción en el plan Cal MediConnect e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Usted puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que hay en su área al usar el “Buscador de planes de Medicare” en el sitio web de Medicare. (Para leer la información de los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.)

Medicare y usted 2020

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2020*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

F6. Obteniendo ayuda del Departamento de cuidados de salud administrados de California (California Department of Managed Health Care, DMHC)

El **Departamento de Cuidados de Salud Administrado** (Department of Managed Health Care) de California es responsable de regular los planes de servicios de cuidados de salud. Si tiene alguna queja contra su plan de salud, usted debería llamar primero a su plan al **1-877-273-IEHP (4347) (TTY 1-800-718-4347)** y usar el proceso de quejas de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o remedios legales potenciales que puedan estar a su disposición.

Si necesita ayuda con alguna queja sobre un asunto urgente, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o si alguna queja ha quedado sin resolución por más de 30 días, usted podrá llamar al departamento para pedir ayuda. Si necesita ayuda urgente, puede llamar primero al Departamento, sin presentar previamente una queja a su plan de salud.

Posiblemente usted también sea elegible para una Revisión médica independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si usted es elegible para IMR, éste proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud, en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto; decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de emergencias o servicios médicos de urgencia.

El departamento también tiene un número gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**), para las personas con problemas para oír o hablar. El sitio web del departamento, **<http://www.hmohelp.ca.gov>**, tiene formularios para quejas, una solicitud de IMR e instrucciones en internet.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.