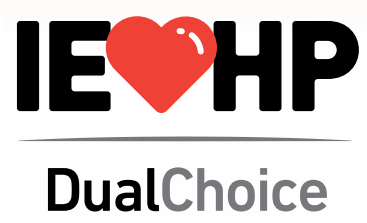


Manual para **MIEMBROS**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) Plan

Para el Año
de Beneficios
2024



1-877-273-IEHP (4347)
1-800-718-4347 TTY

8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

Manual para Miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Su Cobertura de Salud y Medicamentos con IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Introducción del Manual para Miembros

Este *Manual para Miembros*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y respaldos a largo plazo. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el **Capítulo 12** de su *Manual para Miembros*.

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

Cuando este Manual para Miembros dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa IEHP DualChoice.

ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted prefiere comunicarse en un idioma que no es inglés, tenemos a su disposición un servicio libre de cargo. Por favor, 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 TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

注意：如果您使用其他語言，可以免費獲得語言援助服務。請撥打撥打1-877-273-IEHP(4347)，服務時間為早上8點晚上晚上8點（太平洋標準時間），每週週7天，包括節假日。使用者應撥打1-800-718-4347此服務電話免付費

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chương trình sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hay gọi 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ son - 8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương - PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, por ejemplo: en letra grande, braille o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.



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

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-877-273-IEHP (4347). *Someone that speaks a language other than English can help you. This is a free service.*

Español: Tenemos a su disposición los servicios de intérpretes de idiomas sin costo para usted. Los intérpretes podrán asistirle con cualquier pregunta sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que habla español con gusto le ayudará. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



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

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Creole francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Camboyano: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាខ្មែរ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរអ្វីមួយដែលអ្នកអាចមាន អំពីគំរោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីឱ្យបាន អ្នកបកប្រែ សូមហៅយើង លេខ 1-877-273-IEHP (4347)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Armenio: Մենք մեր առողջապահական կամ դեղերի ծրագրի մասին ունեցած հարցերին պատասխանելու համար ունենք բանավոր թարգմանչի ծառայություններ: Բանավոր



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

Tabla de Contenido

Capítulo 1: Primeros Pasos como Miembro	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	17
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos.....	38
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta.....	112
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Medi-Cal.....	131
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos <i>nuestra parte</i>	140
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	147
Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	159
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	211
Capítulo 11: Avisos legales.....	219
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	222

Descargos de responsabilidad

- ❖ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un Plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato
- ❖ La cobertura en virtud de IEHP DualChoice es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



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

Capítulo 1: Primeros pasos al iniciar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre IEHP DualChoice, un plan de Medicare Medi-Cal que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal. También se le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

Descargos de responsabilidad.....	5
A. Bienvenido a nuestro plan.....	7
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal.....	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. Ventajas de nuestro plan.....	8
D. Área de servicio de nuestro plan.....	9
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	9
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	9
G. Su equipo para el cuidado de salud y plan de cuidado.....	11
G1. Equipo para el cuidado de salud	11
G2. Plan de cuidado.....	11
H. Sus costos mensuales de IEHP DualChoice	12
H1. Prima del plan.....	12
I. Su <i>Manual para Miembros</i>	12
J. Otra información importante que recibe de nosotros	12
J1. Su Tarjeta de Identificación para Miembros	12
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	13
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	14
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	15
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	15



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

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	16
--	----

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Incluye doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de cuidado de salud y equipos para el cuidado de salud para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle los cuidados que necesita.

Inland Empire Health Plan (IEHP) le ofrece IEHP DualChoice. IEHP es un plan de salud local, sin fines de lucro, que presta servicios a más de un millón de residentes de los Condados de Riverside y San Bernardino desde 1996.

IEHP tiene contrato con una red de más de 1,000 proveedores de atención primaria (PCP), más de 4,000 especialistas, 400 proveedores de atención de la vista, 31 hospitales y más de 725 farmacias para que pueda obtener la atención que necesita.

Obtenga más información sobre sus beneficios en el Capítulo 4 (Cuadro de Beneficios) de este Manual para Miembros de IEHP DualChoice.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para:

- Personas de 65 años de edad o más,
- 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 Medi-Cal de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- Lo que cuenta como ingresos y recursos,
- Quién es elegible,
- Qué servicios están cubiertos, **y**



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

- El costo de los servicios.

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

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

- Elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para 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, incluidos los medicamentos recetados. **No paga un monto adicional para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podemos ayudarle con la **mayoría de** sus necesidades de cuidado de salud.
- Tiene un equipo para el cuidado de salud que usted ayuda a formar. Su equipo para el cuidado de salud puede incluirlo a usted, a su cuidador, doctores, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidado de salud. Esta es una persona que colabora con usted, con nuestro plan y con su equipo para el cuidado de salud para ayudarlo a elaborar un plan de cuidado.
- Puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud.
- Su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo para el cuidado de salud ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo para el cuidado de salud se asegura de lo siguiente:
 - Sus doctores conocen todos los medicamentos que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de estos.
 - Los resultados de su prueba se comparten con todos sus doctores y otros proveedores, según corresponda.



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

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en IEHP DualChoice. 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 IEHP DualChoice. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 1-877-273-IEHP (4347). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye todos los códigos postales que residen en los Condados de Riverside y San Bernardino.

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

No puede permanecer en nuestro plan si se cambia fuera de nuestra área de servicio.

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

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- Resida en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas residan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- Tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, **y**
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- Sea ciudadano de EE. UU. o esté legalmente en los EE. UU., **y**
- Sea actualmente elegible para Medi-Cal, **y**

Si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 3 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección A, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período, que se denomina elegibilidad continua considerada).

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, se somete a una evaluación de riesgos de salud (*Health Risk Assessment, HRA*) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de



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

inscripción efectiva.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y sus necesidades funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los doctores que utiliza ahora durante un tiempo determinado, si no están en nuestra red. A esto lo denominamos continuación de cuidados. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de cuidado primario o especializado, con algunas excepciones. Cuando mencionamos “relación existente”, significa que acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez para 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 al revisar su información de salud disponible o la información que nos proporciona.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápido y debemos responder en 15 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Nota: Puede realizar esta solicitud dirigida a los proveedores de equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler y un proveedor de la red entregue el alquiler. Aunque no puede emitir esta solicitud para proveedores de transporte médico que no son de emergencia (*Non-Emergency Medical Transportation, NEMT*), transporte no médico (*Non-Medical Transportation, NMT*) u otros proveedores auxiliares, puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Después de que termine el período de continuidad de su cuidado de salud, usted deberá ver doctores y otros proveedores de la red de IEHP DualChoice afiliados con el grupo médico de su proveedor de cuidado primario, a menos que lleguemos a un acuerdo con su doctor fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Los proveedores de



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

cuidado primario de nuestro plan están afiliados con grupos médicos o Asociaciones de Médicos Independientes (*Independent Physicians Associations, IPA*). Cuando usted elige un proveedor de cuidado primario, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo derivará a especialistas y servicios afiliados a su grupo médico. Un grupo médico o IPA es un grupo de Doctores, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los miembros de IEHP. Su proveedor de cuidado primario, junto con el grupo médico o IPA, proporciona su atención médica. Esto incluye obtener autorización para ver especialistas o recibir servicios médicos como análisis de laboratorio, radiografías o admisiones hospitalarias. En algunos casos, IEHP es su grupo médico o IPA. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo obtener el cuidado.

G. Su equipo para el cuidado de salud y plan de cuidado

G1. Equipo para el cuidado de salud

Un equipo para el cuidado de salud puede ayudarlo a seguir recibiendo el cuidado que necesita. Un equipo para el cuidado de salud puede incluir a su doctor, un coordinador de cuidado de salud u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de cuidado de salud es una persona capacitada para ayudarlo a gestionar el cuidado que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan obtiene un coordinador de cuidado de salud. Esta persona también lo remitirá a otros recursos de la comunidad que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo para el cuidado de salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidado de salud y equipo para el cuidado de salud.

G2. Plan de cuidado

Su equipo para el cuidado de salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus doctores qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y LTSS.

Su plan de cuidado incluye:

- Sus objetivos de cuidado de salud, y.
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo para el cuidado de salud se reúne con usted después de que le hayan realizado la evaluación de riesgos de salud (HRA). Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que quizás desee considerar obtener. Su plan de cuidado se basa en sus necesidades. Su equipo para el cuidado de salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez al año.



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

H. Sus costos mensuales de IEHP DualChoice

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección H1)

En algunos casos, la cifra de la prima de su plan podría disminuir.

H1. Prima del plan

Como miembro de su plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual para IEHP DualChoice es de \$0-\$41.00. Al calificar para la “Ayuda Adicional”, la prima de la Parte D básica se paga en su nombre. Si hay cambios en su estado de “Ayuda Adicional”, usted es responsable de pagar su prima. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

I. Su Manual para Miembros

Su *Manual para Miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar 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 Miembros a los números que figura al final de la página. También puede consultar el *Manual para Miembros* en nuestro sitio web en la dirección web que figura al final de la página.

El contrato está vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de Identificación para Miembros, 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 *Lista de Medicamentos*.

J1. Su Tarjeta de Identificación para Miembros

Bajo nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud del comportamiento y recetas médicas. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta médica. Aquí hay una muestra de la Tarjeta de Identificación para Miembros:



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



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

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite más tarde. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación para Miembros, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (*Benefits Identification Card, BIC*) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios dentales de Medi-Cal
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare
- Medicamentos de venta libre y ciertas vitaminas cubiertos por Medi-Cal Rx

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Las solicitudes del *Directorio de Proveedores y Farmacias* impreso se enviarán 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.

Este Directorio incluye una lista de los profesionales de atención médica (como doctores, enfermeras con práctica médica y psicólogos), establecimientos (como hospitales o clínicas), y proveedores de apoyo (como Servicios para Adultos Basados en la Comunidad [*Community-Based*]).



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

Adult Services, CBAS]) que usted puede consultar como miembro de IEHP DualChoice. También incluimos las farmacias que puede usar para obtener sus medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - Doctores, personal de enfermería y otros profesionales de cuidado de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir 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 las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Le informa qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

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

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra en la parte inferior de la página.



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

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios* (EOB).

La EOB le informa la cantidad total que usted u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de su *Manual para Miembros* se brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

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

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía notificándonos cuando cambie su información.

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

Notifíquenos de inmediato lo siguiente:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios a cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, o el empleador de su pareja de hecho, o compensación de trabajadores.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Ingreso en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital.
- Cuidado de salud recibido en un hospital o sala de emergencias.
- Cambios de su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participe o del que forme parte, pero lo alentamos a que lo haga).



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

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

IEHP DualChoice ofrece un canal en línea seguro para que usted acceda a su información de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para crear una cuenta, visite www.iehp.org, donde podrá:

- Cambiar de doctor
- Verificar su elegibilidad
- Verificar el estado de una referencia
- Solicitar una nueva Tarjeta de Identificación para Miembros de IEHP DualChoice
- Actualizar su información de contacto
- Ver el historial de sus análisis de laboratorio y vacunas
- Ver el historial de sus recetas médicas
- Ver el historial de reclamaciones y las autorizaciones

También puede descargar la aplicación de IEHP disponible para Android y iPhone.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (*Personal Health Information, PHI*). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de su *Manual para Miembros*.



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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Servicios para Miembros.....	18
B. Su coordinador de cuidado de salud.....	21
C. Programa de Asesoramiento y Consejería sobre Seguros de Salud (HICAP)	23
D. Línea de consejos de enfermería.....	24
E. Línea de crisis de salud del comportamiento.....	25
F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):	26
G. Medicare	27
H. Medi-Cal.....	28
I. La oficina del Ombudsman de la atención administrada y salud mental de Medi-Cal	29
J. Servicios sociales del condado	30
K. Plan de salud mental especializado del condado	31
L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California	32
M. Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados.....	33
M1. Ayuda Adicional.....	33
M2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el sida (ADAP)	33
N. Seguro Social.....	34
O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	35
P. Seguro grupal u otro seguro de un empleador.....	35
Q. Otros recursos.....	36
R. Programa Dental de Medi-Cal.....	37



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

A. Servicios para Miembros

LLAME AL	<p>1-877-273-IEHP (4347). La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> <p>Contamos con servicio gratuito de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-718-4347. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p>
FAX	(909) 890-5877
ESCRIBA A	<p>IEHP DualChoice</p> <p>Attention: Member Services</p> <p>P.O. Box 1800</p> <p>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800</p>
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@iehp.org
SITIO WEB	www.iehp.org

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
 - Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud.



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

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Apelaciones sobre su cuidado de salud
 - Una apelación es una vía formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre su cuidado de salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor incluido en nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la **Sección F** [*Organización para el Mejoramiento de Calidad {QIO}*]).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Usted puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Defensoría de los Beneficiarios llamando al 1-888-804-3536.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ○
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
 - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta sin receta médica (*Over-The-Counter, OTC*) y ciertas vitaminas, pueden estar



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

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 las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.
- Pago de cuidados de salud o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*.



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

B. Su coordinador de cuidado de salud

Un coordinador de atención médica es un miembro del personal de IEHP DualChoice que está asignado a usted para trabajar con sus proveedores de atención médica y ayudarle a obtener la atención que necesita. Para cambiar su coordinador de atención médica, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

LLAME AL	<p>1-877-273-IEHP (4347). La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p> <p>Contamos con servicio gratuito de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-718-4347. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.</p>
FAX	(909) 890-5877
ESCRIBA A	<p>IEHP DualChoice</p> <p>Attention: Member Services</p> <p>P.O. Box 1800</p> <p>Rancho Cucamonga, CA 91729-1800</p>
CORREO ELECTRÓNICO	MemberServices@iehp.org
SITIO WEB	www.iehp.org.

Comuníquese con su coordinador de cuidado de salud para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre su cuidado de salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre los beneficios dentales
- Preguntas sobre el transporte a citas médicas



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

Los servicios y respaldos a largo plazo (*Long-term Services and Supports, LTSS*) incluyen Servicios para Adultos Proporcionados en la Comunidad (*Community-Based Adult Services, CBAS*) y Centros de Enfermería (*Nursing Facilities, NF*).

A veces puede obtener ayuda para cubrir sus necesidades diarias de atención médica y de la vida cotidiana. Los miembros deben cumplir ciertos criterios a fin de ser elegibles para los beneficios de LTSS. Para obtener más información, comuníquese con los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS),
- Cuidado de enfermería especializada,
- Terapia física,
- Terapia ocupacional,
- Terapia del habla,
- Servicios sociales médicos,
- Cuidado de la salud en el hogar, **y**
- Servicios de Apoyo en el Hogar, a través de la agencia de servicio social de su condado,
- Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) (proporcionado a través de Medi-Cal Fee-For-Service [FFS].)



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

C. Programa de Asesoramiento y Consejería sobre Seguros de Salud (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas inscritas en Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Consejería sobre Seguros de Salud (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para manejar su problema. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

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

LLAME AL	(909) 256-8369 9 a.m. a 4 p.m., de lunes a viernes.
ESCRIBA A	2280 Market St, Suite 140 Riverside, CA 92501
SITIO WEB	https://www.coasc.org/programs/hicap

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, **y**
 - solucionar problemas con sus facturas.



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

D. Línea de consejos de enfermería

Si no puede comunicarse con su doctor después del horario normal de servicios, llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP para pedir más ayuda. Recibirá asesoría médica las 24 horas del día, incluso los días festivos. Si es necesario, nuestra Enfermera puede ponerle en contacto con un doctor por teléfono o por video chat. Si necesita más ayuda, nuestra enfermera le indicará una clínica abierta de atención de urgencia cercana. Puede ponerse en contacto con la Línea de Consejos de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	<p>1-888-244-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana.</p> <p>Contamos con servicio gratuito de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Las 24 horas del día, incluidos los días festivos y fines de semana.</p>



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

E. Línea de crisis de salud del comportamiento

LLAME AL	<p>1-877-273-IEHP (4347) La llamada es gratuita.</p> <p>Nuestro horario de atención es 8am-5pm (Hora del Pacífico), de lunes a viernes, excluyendo los días festivos. Contamos con servicio gratuito de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-718-4347 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>Nuestro horario de atención es de 8am-5pm (Hora del Pacífico), de lunes a viernes, excluyendo los días festivos.</p>

Comuníquese con la Línea de crisis de salud del comportamiento para hablar con:

- Un miembro calificado del equipo que brinde apoyo a los miembros en una crisis de salud mental.

Si llama fuera del horario de atención para solicitar ayuda en caso de crisis de salud mental, llame o envíe un mensaje de texto al 988.

¿Qué es el 988?

La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a las personas que atraviesan una crisis emocional, de suicidio o de consumo de sustancias. Póngase en contacto con asesores de crisis formados, que le escucharán, le darán apoyo emocional y le pondrán en contacto con los recursos necesarios. Llame o envíe un mensaje de texto al 988 en cualquier momento.

¿Cuál es la diferencia entre 988 y 911?

Marque al 988 para acceder a la red de Lifeline y al apoyo en caso de crisis. Es distinto del número de seguridad pública 911, que se centra en el envío de servicios médicos de urgencia, bomberos y policía en caso necesario.



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

F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta, organización para el mejoramiento de la calidad de la atención centrada en el beneficiario (BFCC-QIO). Es un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Livanta BFCC-QIO no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
ESCRIBA A	10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livanta.com

Póngase en contacto con Livanta BFCC-QIO para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - piensa que su estadía en el hospital es demasiado breve, o
 - cree que sus servicios de cuidado de salud en su domicilio, cuidados en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) son demasiado breves.



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

G. Medicare

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

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

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, doctores, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O, puede llamar a Medicare al número mencionado arriba e indicarles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y analizarán la información con usted.</p>



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

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que proporciona los servicios de cuidado de salud necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, acogida temporal, mujeres embarazadas y personas con enfermedades específicas como tuberculosis, cáncer de mama o VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales, de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de su plan de cuidado. Si tiene preguntas sobre la inscripción a Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

LLAME AL	1-800-430-4263 Lunes a viernes, 8am a 6pm.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
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 IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

I. La oficina del Ombudsman de la atención administrada y salud mental de Medi-Cal

La oficina del Ombudsman trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. La oficina de Ombudsman también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. La oficina de Ombudsman no tomará partido automáticamente por nadie en una denuncia. Ellos consideran todas las partes de manera imparcial y objetiva. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso al cuidado de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 La llamada es gratis. Lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.
TTY	711 La llamada es gratis.
ESCRIBA A	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



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

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios por Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), comuníquese con el departamento de servicios sociales local de su condado.

Póngase en contacto con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar los Servicios de Apoyo en el Hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que le brinden para que pueda permanecer seguro en su propia casa. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar las comidas, bañarse, vestirse, lavar ropa, hacer compras o el transporte.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para cualquier pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAME AL	<p><u>Condado de Riverside</u> 1-800-499-3008</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si la llamada se recibe después del horario normal de servicios, los miembros pueden dejar un mensaje y la llamada se devolverá el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> 1-877-800-4544, de lunes a viernes, de 8am a 5pm. La llamada es gratuita.</p>
TTY	<p><u>Condado de Riverside</u> (888) 960-4477 (TTY 711) Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> (909) 252-4703</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p>
ESCRIBA A	<p><u>Condado de Riverside</u> 11070 Magnolia Ave. Riverside, CA 92505</p> <p><u>Condado de San Bernardino</u> San Bernardino County IHSS 686 E. Mill Street San Bernardino, CA 92415</p>



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

CORREO ELECTRÓNICO	<p>Condado de Riverside – IHSSHOME@rivco.org</p> <p>Condado de San Bernardino – daasciu@hss.sbcounty.gov</p>
SITIO WEB	<p>Condado de Riverside</p> <p>http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services</p> <p>Condado de San Bernardino</p> <p>http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</p>

K. Plan de salud mental especializado del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios de necesidad médica.

LLAME AL	<p>Condado de Riverside</p> <p>1-800-499-3008. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Antes y después del horario de atención, las líneas de teléfono se derivan a la Línea de Ayuda de Community Connect.</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p>Condado de San Bernardino</p> <p>1-888-743-1478. Las 24 horas al día, los 7 días a la semana. La llamada es gratis.</p> <p>Contamos con servicio gratuito de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Condado de Riverside/San Bernardino</p> <p>Los usuarios de TTY deben llamar a los Servicios de retransmisión de California al 711. La llamada es gratis.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p>

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

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



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

L. Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (*California Department of Managed Health Care, DMHC*) es responsable de regular los planes de salud. El Centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 6:00 pm.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov



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

M. Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

M1. Ayuda Adicional

Como usted tiene derecho a Medi-Cal, tiene derecho y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los gastos de su plan de medicamentos recetados. No tiene que hacer nada para obtener 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 con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov

M2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el sida (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*) ayuda a las personas con VIH/Sida que reúnen los requisitos del ADAP a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de la Agencia contra el Sida del Departamento de Salud Pública de California. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de la residencia del estado y el estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y la condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción de ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa. Llame al 1 844-421-7050 o visite el sitio web de ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.



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

N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Tienen derecho a Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (*End-Stage Renal Disease, ESRD*) y cumplan determinadas condiciones. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a su oficina local del Seguro Social.

Si se cambia de casa o cambia de dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar gestiones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.</p>
ESCRIBA A	<p>Social Security Administration</p> <p>Office of Public Inquiries and Communications Support</p> <p>1100 West High Rise</p> <p>6401 Security Blvd.</p> <p>Baltimore, MD 21235</p>
SITIO WEB	<p>www.ssa.gov</p>



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

O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (*Railroad Retirement Board, RRB*) es una agencia federal independiente que administra programas de prestaciones integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la RRB, póngase en contacto con la agencia.

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

P. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.



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

Q. Otros recursos

El Programa Medicare Medi-Cal Ombuds 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
- El acceso a los servicios médicos
- Apelaciones por denegación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- Facturaciones médicas
- IHSS (Servicios de Ayuda en el Hogar)

El Programa Medicare Medi-Cal Ombuds le ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número telefónico del Programa Ombuds es 1-888-804-3536.



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

R. Programa Dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal; incluye, entre otros, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- endodoncia
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados

LLAME AL	<p>1-800-322-6384</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles a través de los Programas de Fee-for-Service dental y de Atención Dental Administrada (DMC) de Medi-Cal. Los representantes del Programa de Fee-for-Service dental de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.</p>
SITIO WEB	<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>

Además del Programa de Fee-for-Service dental de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales a través 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 más información sobre los planes dentales o quiere cambiar de plan dental, póngase en contacto con Health Care Options llamando al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La llamada es gratuita.



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

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de cuidado de salud, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Información sobre servicios y proveedores.....	40
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	40
C. Su coordinador de cuidado de salud.....	42
C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud	42
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado de salud	42
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado de salud	42
D. Atención de los proveedores.....	43
D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)	43
D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red	47
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	47
D4. Proveedores fuera de la red	48
E. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)	49
F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)....	49
G. Servicios de transporte.....	51
G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	51
G2. Transporte no médico.....	52



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

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre	53
H1. Cuidado en una emergencia médica	53
H2. Cuidado necesario de urgencia	55
H3. Cuidado durante un desastre	56
I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios que nuestro plan cubre	56
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	56
J. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica.....	57
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	57
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	58
J3. Más sobre estudios de investigación clínica	58
K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de salud en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.....	58
K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de salud	58
K2. Cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud	58
L. Equipo médico duradero (DME).....	59
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	59
L2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare.....	60
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	60
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	61



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

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son cuidado de salud servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta sin receta médica, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. El cuidado de salud, la salud del comportamiento y los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos, se encuentran en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Los medicamentos recetados y de venta sin receta médica cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son doctores, personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por el cuidado que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Por médicamente necesarios, queremos decir servicios importantes que son razonables y protegen la vida. El cuidado médicamente necesario es el requerido para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones. Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red que ordene el cuidado o le indique que acuda a otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros



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

- proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Para obtener más información sobre las referencias, consulte la página 41.
- Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados con grupos médicos. Cuando usted elige un proveedor de cuidado primario, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su proveedor de cuidado primario le referirá a especialistas y servicios que están afiliados a su propio grupo médico. Un grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (IPA) es un grupo de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios de salud que atienden a los miembros de IEHP. Su proveedor de cuidado primario, junto con el grupo médico o IPA, proporciona su atención médica. Esto incluye obtener autorización para ver especialistas o recibir servicios médicos como análisis de laboratorio, radiografías o admisiones hospitalarias. En algunos casos, su PCP tendrá un contrato directo con IEHP.
 - No necesita una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia, ni para acudir con un proveedor de cuidado de salud de la mujer, ni para ninguno de los otros servicios mencionados en la sección D1 de este capítulo,.
 - **Usted debe recibir atención médica de proveedores de la red afiliados al grupo médico de su PCP.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud y el grupo médico de su PCP. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados por proveedores fuera de la red. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia y el cuidado necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección H del capítulo).
 - Si necesita cuidado que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindárselo, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa de IEHP antes de recibir atención. En esta situación, cubriremos la atención como si usted la recibiera de un proveedor de la red **o** sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



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

- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese período, su coordinador de atención médica se comunicará con usted para ayudarle a buscar proveedores en nuestra red afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si usted continúa viendo a proveedores que no están en nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP. Para obtener ayuda con la transición de sus servicios cubiertos por Medicare o Medi-Cal como nuevo miembro de nuestro plan, puede llamar a Servicios para Miembros de 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en IEHP DualChoice. Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan de salud de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Por favor llámenos al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de cuidado de salud

C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud

Un miembro de un equipo de atención interdisciplinario lo ayudará con IEHP DualChoice y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Un coordinador de atención puede ser una enfermera o un trabajador social.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

Para hablar con su coordinador de atención médica, comuníquese con 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de cuidado de salud

Para cambiar su coordinador de atención médica, por favor 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 deben llamar al 1-800-718-4347.



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

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y administre su cuidado. Los PCP de nuestro plan están afiliados con grupos médicos. Cuando usted elige un PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.

Definición de PCP y qué hace un PCP por usted

Un PCP es su proveedor de cuidado primario. Usted generalmente verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP también le ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de IEHP DualChoice. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y si está todo bien. Esto incluye:

- sus radiografías;
- análisis de laboratorio;
- tratamientos;
- atención de doctores que son especialistas;
- admisiones en el hospital; y
- atención de seguimiento.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Como miembro de IEHP DualChoice, usted puede elegir cualquier PCP en su Directorio de Proveedores y Farmacias. Cada miembro de la familia inscrito puede elegir su propio PCP. Su PCP puede ser uno de los siguientes tipos de proveedores:

- Los Doctores Familiares y de Medicina General por lo general pueden atender a toda la familia
- Los Doctores de Medicina Interna
- Los Obstetras y Ginecólogos (OB/GYN) se especializan en la atención médica durante el embarazo y la salud de la mujer.

Para consultar las restricciones de edad de un PCP específico, o si usted tiene alguna pregunta sobre la formación universitaria, la residencia o la certificación de la junta de su PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice

¿Qué servicios proporciona el PCP y qué servicios puede obtener usted mismo?



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

Por lo general verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina, como exámenes médicos, vacunas, etc. Cuando su PCP piense que usted necesita tratamiento o suministros especializados, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (es decir, una aprobación previa) de IEHP DualChoice y/o el grupo médico. Esta aprobación se llama “referencia”. Es muy importante obtener una referencia de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a ciertos otros proveedores. Si no tiene una referencia antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo.

Su elección de PCP

Para elegir su PCP, puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Si desea usar un especialista o un hospital específico, primero asegúrese de que su PCP haga referencias a ese especialista o use ese hospital. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

- 1) Algunas preguntas que usted pueda querer hacer cuando llame a IEHP DualChoice para elegir o cambiar de PCP incluyen:
 - ¿Qué tipo de PCP es mejor para usted?
 - ¿Tiene el PCP un límite de edad para los pacientes?
 - ¿A qué distancia está el PCP de su hogar?
 - ¿Está el consultorio del PCP abierto hasta la noche y/o durante los fines de semana?
 - ¿En qué hospital puede autorizar su admisión el PCP?
 - ¿Qué idiomas hablan el PCP y el personal del consultorio?
- 2) Además, si usted tiene dudas específicas, le recomendamos que las aclare antes de elegir un PCP. Llame al consultorio del PCP para averiguar cosas como:
 - Si el PCP atiende a más de un miembro de la familia por vez en una cita.
 - Si el PCP acepta pacientes sin previa cita y/o citas en el mismo día.
 - Si el PCP cobrará por llenar formularios y, si es así, cuánto.
 - ¿A qué laboratorio envía el PCP a los pacientes para análisis de laboratorio?
 - Si usted podrá atenderse con su PCP asignado o si deberá atenderse con otros proveedores en el consultorio.
 - Si usted o un familiar tiene una discapacidad, ¿el consultorio del PCP es de fácil acceso?



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

- 3) Por lo general, los PCP están relacionados con determinados hospitales. Cuando usted elija su PCP, recuerde lo siguiente:
- Debe elegir su PCP del Directorio de Proveedores y Farmacias. Si necesita ayuda para elegir un PCP o cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.
 - Elija un PCP que se encuentre dentro de las 10 millas o 15 minutos de su hogar.
 - El PCP que usted elija solamente puede autorizar su admisión en ciertos hospitales. Trate de elegir un PCP que pueda admitirlo en el hospital que desee dentro de 30 millas o 45 minutos de su casa.
 - Algunos hospitales tienen “hospitalistas” que se especializan en la atención de las personas durante la estadía en el hospital. Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica Cuando le den el alta del hospital, usted volverá a tratar sus necesidades de atención médica con su PCP.
 - Si necesita cambiar de PCP por algún motivo, es posible que su hospital y su especialista también cambien. Su PCP debería hablar su idioma. Si no es así, su PCP siempre puede usar los servicios de Language Line para obtener la ayuda de un intérprete, si es necesario.

Si usted no elige un PCP cuando se inscriba a IEHP DualChoice, elegiremos uno para usted. Le enviaremos una carta con la información de su PCP. Recuerde que puede solicitar un cambio de PCP en cualquier momento.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice pueden ayudarle a buscar y elegir otro proveedor. Para cambiar su PCP, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. Recuerde que su PCP está relacionado con un hospital, especialista y otros Proveedores de atención médica. Cuando cambia su PCP, tal vez también esté cambiando los otros Proveedores que puede ver. Debe preguntarle a su nuevo PCP si necesita una nueva referencia.

La fecha en que pida el cambio de su PCP afecta la fecha en que puede comenzar a ver al nuevo PCP. Si su solicitud de cambio es recibida por IEHP DualChoice hasta el día 25 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Si su solicitud de cambio es recibida por IEHP DualChoice después del día 25 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes



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

subsiguiente. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para averiguar cuándo puede ver a su nuevo PCP 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 pueden llamar al 1-800-718-IEHP (4347). Puede solicitar el cambio de su PCP una vez al mes.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red. Para obtener más información, consulte “Atención de urgencia” en el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios*).
- Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana). Para obtener más información, consulte “Atención de urgencia” en el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios*).

Nota: El cuidado necesario de urgencia debe ser necesario de inmediato y médicamente necesario.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y vacunas COVID-19 así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios rutinarios de cuidado de salud de la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de senos, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas siempre que se los haga con un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar (consulte el Capítulo 4 [*Cuadro de Beneficios*]) siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios preventivos.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Servicios sensibles y confidenciales.



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

- Pruebas de VIH y asesoramiento en el Departamento de Salud Local.
- Pruebas de biomarcadores para cánceres avanzados o metastásicos en etapa 3 o 4.
- Además, si es elegible para obtener servicios de proveedores de salud indígenas, puede acudir a estos proveedores sin una referencia.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un doctor que brinda cuidado de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.
- Por lo general, verá a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina, como exámenes médicos, vacunas, etc.
- Cuando su PCP piense que usted necesita tratamiento o suministros especializados, su PCP tendrá que obtener una autorización previa de IEHP DualChoice y/o el grupo médico. La autorización previa significa que usted debe obtener la aprobación de IEHP DualChoice o su grupo médico antes de obtener un servicio o medicamento específico. Esta aprobación se llama referencia.
- Su PCP enviará una referencia a IEHP DualChoice o el grupo médico. Es muy importante que obtenga una referencia de su PCP antes de que vea a un especialista o ciertos otros proveedores. Si no tiene una referencia antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo.
- Por lo general, los PCP están relacionados con determinados hospitales y especialistas. Cuando usted elige un PCP, esto también determina a qué hospitales y especialistas le referirá el PCP.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red al que usted acuda puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.



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

- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajamos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le informaremos sobre los distintos periodos 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 ponernos en contacto con un especialista fuera de la red para que le brinde cuidado cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa; consulte la sección D.4 para obtener más información.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, un reclamo sobre la calidad del cuidado, o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su cuidado. Para obtener más ayuda, puede comunicarse con Servicios para Miembros de 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

D4. Proveedores fuera de la red

Si un miembro requiere servicios médicos que no están disponibles en el área de servicio, la atención debe ser dirigida y aprobada por IEHP o IPA. El proveedor de atención primaria (PCP) o el especialista deben enviar una solicitud de servicios con toda la documentación de respaldo (notas de progreso, resultados de laboratorio/pruebas, etc.) a IEHP o a la IPA. El personal de IEHP o la IPA trabajará con el Departamento de Contratos para obtener una Carta de Acuerdo.



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

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe reunir los requisitos para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no reúnen los requisitos para participar en Medicare.

E. Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en casa y evitar una hospitalización o una estancia en un centro de enfermería especializada. A través de nuestro plan puede acceder a determinados LTSS, como los cuidados en un centro de enfermería especializada, los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los apoyos comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicio social de su condado.

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Nuestro plan no brinda servicios de salud conductual cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino de su localidad.

En el condado de Riverside:

Departamento de Salud Mental
Equipo central de acceso: 1-800-499-3008

En el condado de San Bernardino:

Departamento de Salud Conductual
Unidad de acceso: 1-888-743-1478

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal



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

proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad incluyen:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo a la medicación
- Tratamiento diurno intensivo
- Rehabilitación diurna
- Intervención de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial de crisis
- Servicios de centros de salud psiquiátricos
- Servicios psiquiátricos para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Administración de casos específicos

Los servicios de Medi-Cal o del Sistema que Organiza la Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino de su localidad si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside y del Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios sin medicamentos para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios de naltrexona para la dependencia de opiáceos

Los Servicios del Sistema que Organiza la Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- Servicios a pacientes ambulatorios y ambulatorios intensivos
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)



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

- Residencial/pacientes hospitalizados
- Gestión de abstinencia
- Servicios de tratamiento de estupefacientes
- Servicios de recuperación
- Coordinación de cuidados

Además de los servicios enumerados anteriormente, puede tener acceso a servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados voluntarios si cumple con los criterios.

Los servicios de Salud del Comportamiento pueden obtenerse por una referencia de su proveedor, un Administrador de Cuidado de la Salud del Comportamiento de IEHP DualChoice o por autorreferencia.

En el Condado de Riverside:

Departamento de Salud Mental
Equipo central de acceso: 1-800-499-3008

En el Condado de San Bernardino:

Departamento de Salud Conductual
Unidad de acceso: 1-888-743-1478

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no sea 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 sea de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, uso de sustancias y farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP o proveedor tratante para solicitarlo. Su PCP o proveedor tratante decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a IEHP DualChoice para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP o proveedor tratante reevaluará su necesidad de transporte médico que no sea 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. IEHP DualChoice permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite un traslado a su cita. Esto significa, por ejemplo, que si usted puede física o médicamente ser transportado en una camioneta con capacidad para sillas de ruedas, IEHP DualChoice no pagará una ambulancia. Solo tiene



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

derecho al transporte aéreo si su condición médica hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

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

- Es física o médicamente necesario, según lo determine una autorización por escrito proporcionada por su PCP o proveedor tratante porque usted no puede física o médicamente usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su doctor le haya recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a Call The Car al 1-855-673-3195, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY tienen que llamar a su servicio de retransmisión o al Servicio de Retransmisión de California al 711 al menos 5 días hábiles (lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación para Miembros cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites de transporte médico

IEHP DualChoice cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal pero no a través del plan de salud, IEHP DualChoice le ayudará a programar su transporte. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de IEHP DualChoice, a menos que se autorice previamente.

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 un traslado, sin costo alguno para usted, cuando:

- Viaje hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- Recoja recetas médicas y suministros médicos.

IEHP DualChoice le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio público o privado de llegar a su cita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. IEHP DualChoice utiliza Call The Car para organizar 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 organice. IEHP DualChoice debe aprobar esto **antes de** que usted coordine el traslado, y debe decirnos por qué no puede coordinar un traslado de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos llamando o enviando un correo electrónico, o en persona. **No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.**



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

El reembolso de millaje requiere todo lo siguiente:

- La licencia de conducir del conductor
- El registro del vehículo del conductor
- Comprobante de seguro de automóvil para el conductor

Para pedir transporte para servicios que han sido autorizados, llame a Call The Car al 1-855-673-3195, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY tienen que llamar a su servicio de retransmisión o al Servicio de Retransmisión de California al 711 al menos 5 días hábiles (lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación para Miembros cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Nota: Los descendientes de indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

IEHP DualChoice cubre el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo o ser reembolsado directamente.**

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

- Se necesita una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor hacia y desde la residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Está en una 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 necesiten con urgencia, o durante un desastre

H1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas tales como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe cuidado de salud inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:



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

- Riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; •
- Daño grave a las funciones corporales; •
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita la aprobación ni una referencia de su PCP. No necesita acudir a un proveedor de la red. Puede obtener cuidado médico de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada.
- **Tan pronto como sea posible, infórmele a nuestro plan sobre su emergencia.** Haremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se tarda en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros de 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado lo antes posible.

Obtención de cuidado de emergencia si no fue una emergencia



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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que reciba cuidado de emergencia y el doctor diga que no fue realmente una emergencia. Cubrimos su cuidado siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro.

Después de que el doctor diga que no fue una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solo si:

- Acude a un proveedor de la red **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerlo. Consulte la siguiente sección.

H2. Cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesite tratamiento.

Cuidado necesario de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado necesario de urgencia solo si:

- Recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigues las reglas descritas en este capítulo.

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

Si no sabe si la lesión o la enfermedad es urgente, llame a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Siempre debe dirigirse a su PCP para recibir atención. Si no puede comunicarse con su PCP después del horario normal de servicios, llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al 1-888-244-IEHP (4347) o a la Línea de TTY al 1-866-577-8355 para recibir ayuda cuando la necesita. Si es necesario, nuestra Enfermera puede ponerle en contacto con un doctor por teléfono o por video chat. Si nuestra enfermera piensa que usted necesita más ayuda, le indicará una Clínica de Atención Urgente cercana que esté abierta. Las clínicas de Atención Urgente están abiertas después del horario de atención normal y los fines de semana, y algunas ofrecen análisis de laboratorio y radiografías.

Cuidado necesario 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 obtener cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado necesario de urgencia que reciba de cualquier proveedor.



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

Nuestro plan no cubre cuidado necesario de urgencia ni ningún otro que reciba fuera de los Estados Unidos.

H3. Cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede atenderse con proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

I. Qué hacer si le facturan directamente por servicios que nuestro plan cubre

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

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

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

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*) **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo total**, a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal ajeno a nuestro plan.



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

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

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

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si usa más del límite, paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de beneficios. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

J. Cobertura de servicios de cuidado de salud en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los doctores prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y averigua si califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brindan cuidado como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para afiliados por Original Medicare, le recomendamos a usted o a su coordinador de cuidados que se pongan en



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

contacto con el Servicios para Miembros para informarnos que va a participar en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si usted es parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga los costos por participar en el estudio.

J3. Más sobre estudios de investigación clínica

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

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

K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de salud es un lugar que brinda cuidado que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médicos).

K2. Cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica de cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.



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

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado que sea **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier cuidado que **no sea voluntario y que sea requerido** por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener los servicios cubiertos de cuidado para pacientes hospitalizados o cuidado en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** será cubierta.

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días por una hospitalización cuando es médicamente necesario. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

En esta sección, analizamos DME que alquila. Como miembro de nuestro plan, usted, por lo general, **no** será propietario de DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

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



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

L2. Propiedad de DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos son propietarios de los mismos al cabo de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios.

Nota: En el Capítulo 12 encontrará las definiciones de Original Medicare y de los planes MA. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted* de 2024. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no se elige Medi-Cal, tendrá que realizar 13 pagos seguidos con Original Medicare, o tendrá que realizar el número de pagos seguidos establecido por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos seguidos en Original Medicare o un número de nuevos pagos seguidos establecido por el plan MA para ser dueño del artículo DME.
- No hay excepciones cuando vuelve a Original Medicare o a un plan MA.

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

Si califica para equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

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



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

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

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

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno 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 proporcionárselo y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno 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 y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Nuevos miembros de IEHP DualChoice: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en IEHP DualChoice para sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite su inscripción en IEHP DualChoice. Podrá seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de IEHP DualChoice. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Por favor, llámenos al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347) si tiene alguna pregunta

Tabla de Contenido

A. Sus servicios cubiertos.....	63
A1. Durante emergencias de salud pública.....	63
B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores	63
C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan	64
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan	67
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	104
E1. California Community Transitions (CCT)	104
E2. Programa Dental de Medi-Cal	105
E3. Cuidado de hospicio	105
E4. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS).....	106
E5. 1915(c) Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)	107
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal	109



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

A. Sus servicios cubiertos

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

Debido a que recibe asistencia de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* a fin de obtener detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención médica y/o a Servicios para Miembros 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

A1. Durante emergencias de salud pública

IEHP DualChoice garantiza que usted pueda acceder a los servicios de atención médica, equipos y medicamentos cubiertos médicamente necesarios en caso de una emergencia de salud pública, estatal o federal.

IEHP DualChoice le informará sobre la naturaleza de la emergencia y los cambios que implementaremos durante el estado de emergencia para garantizar que continúe recibiendo los servicios médicamente necesarios. Estos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: no requerir autorización previa para algunos medicamentos y servicios; permitirle ver a un doctor fuera de la red de IEHP DualChoice si su proveedor que está en la red de IEHP DualChoice no está disponible debido a una emergencia; y detener las limitaciones a los resurtidos de recetas médicas y permitirle resurtir sus recetas en una farmacia fuera de la red de IEHP DualChoice.

Si necesita más información, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los siete días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen los servicios cubiertos de la red. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si es así, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros.



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

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios le informa los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios que incluyen atención médica, servicios de salud del comportamiento y consumo de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos deben ser "medicamento necesarios". Medicamento necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería. También se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención médica por parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o de atención médica urgente, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo para coordinar su atención médica que le proporciona y administra servicios de atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como una referencia. El **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. A esto se le llama autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos de la Tabla de Beneficios que necesitan autorización previa con un asterisco (*).

Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados que participan en los Servicios de Planificación de Bienestar y Atención Médica (*Wellness and Health Care Planning, WHP*).



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

- Debido a que IEHP DualChoice participa en el modelo del programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor (*Value-Based Insurance Design, VBID*), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios del Plan de Cuidados Avanzados (ACP):
 - El Plan de Cuidados Avanzados (*Advance Care Planning, ACP*) es un proceso de planificación y creación de metas respecto a las opciones de tratamiento de atención médica, en caso de que la persona no sea apta para tomar estas decisiones por sí misma en el futuro debido a una condición física o mental. Las Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica (*Advance Care Directive, ACD*) le permiten elegir a alguien para que tome decisiones sobre su salud en su nombre en caso de que usted no pueda tomarlas. Esto garantiza que alguien de su confianza pueda tomar decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo debido a una enfermedad o una lesión. La planificación ayuda a sus doctores a comprender qué quiere como paciente, quién es usted como persona y a presentarle opciones que sean adecuadas para usted. IEHP puede ayudarle con este proceso proporcionándole los formularios de ACD y ofreciéndole orientación para llenarlos, de modo que sus doctores estén al tanto de sus decisiones.
 - Los miembros tendrán la oportunidad de hablar sobre este Plan de Cuidados Avanzados y podrán revisar las instrucciones anticipadas y otras elecciones de planificación a largo plazo.
 - La plataforma "Mi Vida. Mi Elección." de IEHP permite al miembro crear, cargar y compartir en línea los documentos de su Plan de Cuidados Avanzados con familiares, cuidadores y proveedores.
 - Este servicio es voluntario y los miembros son libres de rechazar la oferta.
- **Información Importante Sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Afecciones Crónicas.** Si tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
 - Tarjeta de Salud Plena de Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI*): *debe tener al menos uno de los siguientes diagnósticos elegibles:*
 - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia



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

- Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Trastornos hematológicos severos
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Derrame cerebral
- Además de tener al menos una de las condiciones crónicas mencionadas anteriormente, debe tener las dos siguientes:
 - Alto riesgo de hospitalización y;
 - Tener la necesidad de que se coordinen cuidados intensivos

Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

Consulte la sección “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de Beneficios para obtener más información.

- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.
- **Apoyos Comunitarios:** *Los Apoyos Comunitarios pueden estar disponibles bajo su Plan de Cuidado Individualizado.* Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y de bajo costo. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted es elegible, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal. Algunos ejemplos de Apoyos Comunitarios que ofrecemos incluyen: alimentos y comidas de apoyo médico o comidas médicamente adaptadas, ayuda para usted o su cuidador, o barras y rampas para agarrarse en la ducha. Si necesita ayuda o desea saber qué Apoyos Comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos (TTY 1-800-718-4347 o 711) o llame a su proveedor de atención médica.



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

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura*</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en un mes calendario, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios.</p> <p>También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico y se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hace 12 semanas o más que tiene el dolor; • no es específico (no tiene ninguna causa sistemática que pueda identificarse; por ejemplo, no está asociado a enfermedades metastásicas, inflamatorias ni infecciosas); • no está asociado a ninguna cirugía, y • no está asociado al embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico al año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no nota mejoría o si empeora.</p> <p>Llame al 1-800-678-9133 para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>
<p>Artículos a la venta sin receta médica (OTC)</p> <p>Servicios que paga nuestro plan</p> <p>Nuestro Plan ofrece un beneficio complementario que brinda una asignación para la compra de ciertos artículos a la venta sin receta médica (<i>Over the Counter, OTC</i>). Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.</p> <p>Lo que debes pagar</p> <p>Asignación de \$40 dólares por trimestre (cada 3 meses). Esta cantidad no se transfiere al siguiente período si no se utilizan.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o doctor autorizado por el estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Un consejero profesional con licencia (LPC) • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • Un enfermero con práctica médica (NP) • Un asistente médico (PA) • Cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos • Tratamiento de día • Servicios de rehabilitación psicosocial • Hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental • Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de controlar la terapia con medicamentos • Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • Consulta psiquiátrica 	<p>\$0</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de una agencia de asistencia médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que salir de casa implica un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y auxiliares de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de asistencia médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y de auxiliar médico a domicilio deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>\$0</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una lesión, o • Una afección que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, debido a sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia (continuación)</p> <p>del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para atender una afección no detectada, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Esta cobertura está disponible dentro de EE. UU. y es para cuando su afección médica requiera atención inmediata.</p>	
<p>Atención en Centros de Enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (<i>Nursing Facility, NF</i>) es un lugar que da atención a las personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados generalmente por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio proporcionadas, por lo general, por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados generalmente por centros de enfermería • El uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • Servicios de doctores o profesionales médicos <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en Centros de Enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • Beneficios de la vista • Exámenes para la audición • Atención quiropráctica • Servicios de podología <p>Generalmente, recibe su atención de instalaciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde servicios de enfermería). <p>Un centro de enfermería en donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital.</p>	
<p>Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería • Servicios de doctores/proveedores <p>Generalmente, recibe su atención de instalaciones de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde servicios de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted deja el hospital 	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria • Fármacos y medicamentos <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 atención médica como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia se haya estabilizado.</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios como paciente hospitalizado por abuso de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y órganos intestinales/multiviscerales. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente 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 elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Se le puede considerar un paciente ambulatorio aun cuando haya pasado la noche en el hospital. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p>	
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención médica de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; o • Daño grave a las funciones corporales; o • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ Una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su hijo por nacer. <p>El plan solo cubre atención médica de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su emergencia, es posible que lo transfieran a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención como paciente internado solo si nuestro plan aprueba su estadía.</p>




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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas*</p> <p>Tarjeta de Salud Plena</p> <p>Este plan incluye un beneficio suplementario especial para los enfermos crónicos (SSBCI). Es una asignación mensual que los miembros pueden usar para pagar sus facturas de servicios públicos.</p> <p>Puede ser elegible para recibir una Tarjeta de Salud Plena que es una ayuda mensual de \$65 para sus costos de servicios públicos cubiertos.</p> <p>Para ser elegible para obtener el beneficio (no todos los miembros son elegibles) debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas y cumplir con los siguientes criterios adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica al alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos severos • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes • Trastornos neurológicos • Derrame cerebral y; <p>Además de tener, por lo menos, una de las afecciones crónicas mencionadas anteriormente, también debe tener las</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>




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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas* (continuación)</p> <p>dos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un alto riesgo de hospitalización y; • Requerir que se coordinen cuidados intensivos <p>Este beneficio forma parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p>	
<p> Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (tanto si usan insulina como si no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su nivel de glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en la sangre ○ Tiras reactivas de glucosa en la sangre ○ Dispositivos para lancetas y lancetas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ Un par de zapatos profundos (hondos), incluidos ajustes y tres pares de plantillas cada año (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. 	\$0




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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>Pagamos las cirugías y los servicios ambulatorios en instalaciones para pacientes ambulatorios en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria.</p>	\$0
<p> Clases para dejar de fumar y de consumir productos de tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoría en persona. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos sesiones de asesoría para intentar dejar de consumir tabaco en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas cara a cara. 	\$0
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y su esperanza de vida es de seis meses o menos. Usted puede obtener atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su doctor del hospicio 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 a corto plazo • Atención en el hogar <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0




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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i>. <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio, llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros para programar los servicios. La atención que no es de hospicio es la que no está relacionada con su pronóstico médico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina cada año y • Un límite combinado de \$350 cada año para lentes de contacto o armazones para anteojos. • Los lentes para anteojos están cubiertos al 100 % según la necesidad médica. <p>Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <p>para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Personas afroamericanas de 50 años o más • Personas hispanoamericanas de 65 años o más <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el doctor inserta un lente intraocular.</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, debe recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.</p>	
<p> Detección de obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Usted deberá obtener la asesoría en un lugar de atención primaria. De esta manera, podrá ser controlado con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p>	\$0
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Pagamos los siguientes dispositivos protésicos y quizás otros dispositivos que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados* (continuación)</p> <p>de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcapasos • Aparatos ortopédicos • Zapatos ortopédicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • Prótesis para reemplazar completa o parcialmente un elemento facial externo que se haya extraído o dañado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • Crema y pañales para la incontinencia <p>Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>No pagaremos dispositivos protésicos dentales.</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener una definición de "Equipo médico duradero" (<i>Durable Medical Equipment, DME</i>).</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • Muletas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de camas eléctricas • Almohadilla seca antipresión para colchón • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte • Dispositivos de generación de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andaderas • Bastón estándar con empuñadura curva o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto • Equipo de tracción cervical (para puerta) • Estimulador óseo • Equipo de diálisis <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagamos el DME médicamente necesario que normalmente pagan Medicare y Medi-Cal. La cobertura se limita al DME de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas.</p>	
<p>Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado*</p> <p>No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si ya usó todo su beneficio para pacientes hospitalizados o si la estadía no es razonable ni médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención de pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0





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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado* (continuación)</p> <p>paguemos los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios del técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan total o parcialmente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda, así como piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en su condición • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	





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

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Evaluación de detección de cáncer de los senos (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de evaluación cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>Evaluación para detectar cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se pide un límite de edad mínima ni máxima para la realización de una colonoscopia y esta está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presentan un alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de evaluación o un enema de bario previo. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un alto riesgo después de que se le haya hecho al paciente una colonoscopia de evaluación. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o el último enema de bario. • Pruebas de evaluación de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o mayores. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ácido desoxirribonucleico (ADN) en heces con objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0





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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Evaluación para detectar cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacientes de alto riesgo y 24 meses después de la última evaluación con enema de bario o la última evaluación colonoscópica. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo, y tengan 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última evaluación con enema de bario o de la evaluación por sigmoidoscopia flexible. <p>Los exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de evaluación de seguimiento después de que un examen de diagnóstico de cáncer colorrectal basado en heces no invasivo cubierto por Medicare dé un resultado positivo.</p>	
<p> Evaluación para detectar cáncer de cuello uterino y de vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: 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 cada cinco años 	\$0
<p> Evaluación para detectar cáncer de pulmón*</p> <p>Nuestro plan paga la evaluación para detectar 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 y toma de decisiones compartida con su doctor u otro proveedor calificado, y <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0






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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Evaluación para detectar cáncer de pulmón* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer pulmonar o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera evaluación de detección, el plan pagará otra evaluación de detección por año con una orden escrita de su doctor u otro proveedor especializado.</p>	
<p> Evaluación para detectar depresión</p> <p>Pagamos por una evaluación para detectar depresión cada año. La evaluación se debe hacer en un lugar de atención primaria en donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	\$0
<p> Evaluación para detectar diabetes</p> <p>Pagamos esta evaluación (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) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de la prueba, puede calificar para hasta dos evaluaciones para detectar diabetes cada 12 meses.</p>	\$0





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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Evaluación para detectar un aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos un solo examen de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su doctor, asistente médico, enfermera con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
 <p>Evaluación para detectar VIH</p> <p>Pagamos un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidan un examen de diagnóstico de VIH, o • Tengan un alto riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres exámenes de diagnóstico del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos evaluaciones de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.</p>	\$0
 <p>Evaluación y asesoría para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Pagamos las evaluaciones para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS, (<i>Sexually transmitted infections, STIs</i>). Un proveedor de cuidado primario deberá pedir las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones intensivas de asesoría para el comportamiento en persona una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las brinda un Proveedor de Cuidado Primario. Las sesiones deben ser en un lugar de atención primaria como en el consultorio de un doctor.</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Evaluación y asesoría sobre el abuso de alcohol*</p> <p>Pagamos una evaluación de detección de abuso de alcohol (<i>Alcohol-Misuse Screening, SBIRT</i>) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado de la evaluación de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones de asesoría personales breves cada año (si usted puede y está alerta para participar activamente durante el asesoría) con un profesional o Proveedor de Cuidado Primario especializado en entorno de atención médica primaria.</p>	\$0
	<p>Evaluaciones para detectar cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba de antígeno prostático específico (<i>Prostate Specific Antigen, PSA</i>) 	\$0
	<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio 	\$0





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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un doctor, como paciente ambulatorio del hospital o centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un dispositivo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que tome usando un equipo médico duradero (como un nebulizador) que nuestro plan haya autorizado. • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si no puede salir de casa, tiene una fractura ósea que un doctor certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epoetina Alfa o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primarias. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>





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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 de su <i>Manual para Miembros</i> explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos a un doctor para que revise y comente los resultados.</p>	\$0
<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>). El MDPP está diseñado para ayudarle a fomentar un comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de alimentación a largo plazo, y • Aumento de la actividad física, y • Maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre 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 sobre la salud; • Clases de educación nutricional; • Clases para dejar de fumar y de consumir productos de tabaco, y • Línea directa de enfermería 	\$0
 <p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debidos a un alto riesgo de enfermedades cardiacas.</p>	\$0
<p>Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección y asesoría sobre abuso de alcohol • Tratamiento para el abuso de drogas • Asesoría grupal o individual por parte de un doctor calificado • Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones • Servicios relacionados con el consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con Naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada 	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los de transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención médica puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean emergencias, podremos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención médica puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de audición*</p> <p>Pagaremos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las recibe de un doctor, audiólogo u otro proveedor especializado.</p> <p>El beneficio de aparatos auditivos incluye moldes, suministros para modificación y accesorios.</p> <p>Si está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagamos los audífonos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes, suministros e insertos • Reparaciones que cuesten más de \$25 cada una • Un juego inicial de baterías • Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de recibir los audífonos • Alquiler de audífonos durante el período de prueba • Dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea colocado en la superficie • Servicios de audiología relacionados con los audífonos y posteriores a la evaluación 	<p>\$0</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doctor o proveedor, incluidas visitas en consultorios*</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugías médicamente necesarias en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio médico • Centro de cirugía ambulatoria certificado • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su Proveedor de Cuidado Primario, si su doctor lo ordena para ver si usted necesita tratamiento • Servicios de telesalud para visitas mensuales a miembros con enfermedad renal en fase terminal (ESRD) que reciben diálisis a domicilio, en un centro de diálisis renal dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal no hospitalario 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 el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los seis 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 en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doctor o proveedor, incluidas visitas en consultorios* (continuación)</p> <p>Salud Calificados a Nivel Federal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su doctor durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días, y ○ La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima • Evaluación de video o imágenes que envíe a su doctor e interpretación y seguimiento por parte de su doctor dentro de las siguientes 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima • Consulta que su doctor tiene con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ Ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos faciales ○ Extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación del cáncer neoplásico ○ Servicios que estarían cubiertos cuando fueran prestados por un doctor 	



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doula</p> <p>Para las mujeres embarazadas, pagamos nueve visitas a una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.</p>	\$0
<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 un servicio para pacientes ambulatorios del hospital o por un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su doctor o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como un servicio de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su doctor o de su terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	\$0
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o de fuera de ella, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico • Exámenes de diagnóstico y de laboratorio para planificación familiar • Métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos [AIU/DIU], implantes, inyecciones, píldoras, parches o diafragmas) <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, barrera intrauterina) • Asesoría y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados • Asesoría, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) • Asesoría y pruebas para VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • Asesoría genética <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas relacionadas con la infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales de concebir). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Exámenes genéticos 	
<p>Servicios de podología*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes 	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación cardiaca (del corazón)*</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicio, educación y asesoría. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una referencia <i>del</i> doctor.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardiaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, Centros de Rehabilitación para Pacientes de Consulta Externa (<i>Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF</i>) y otros centros.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC (<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD</i>). Usted debe tener una referencia de rehabilitación pulmonar del doctor o proveedor que trata la EPOC.</p>	\$0
<p>Servicios del Programa de tratamiento por abuso de opioides (OTP)*</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (<i>Opioid Use Disorder, OUD</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration, FDA</i>) y, si corresponde, administrarle y proporcionarle estos medicamentos</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de tratamiento por abuso de opioides (OTP)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría en relación con el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de detección drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas de toxicología) 	
<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 del Programa Dental de Medi-Cal, que se describe en la sección F2 más adelante.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales hechas como preparación para el tratamiento con radiación de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de riñón.</p>	\$0
<p>Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio*</p> <p>Pagamos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su doctor 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”. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. ● Exámenes de diagnóstico y pruebas de laboratorio facturados por el hospital ● Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial si un doctor certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin esa atención ● Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital ● Suministros médicos, como férulas y yesos ● Exámenes y servicios preventivos indicados en la Tabla de beneficios ● Algunos medicamentos que no puede autoadministrarse 	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Pagamos los servicios de atención médica por salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Si necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado local paga los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización para el cuidado más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental del condado local.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que recibe en un Instituto de Enfermedades Mentales (<i>Institute for Mental Diseases, IMD</i>). 	
<p>Servicios preventivos para el asma</p> <p>Usted puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno doméstico a fin de detectar los desencadenantes que suelen encontrarse en el hogar para personas asmáticas que no están bien controladas.</p>	\$0
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación 	\$0
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su doctor debe darle una referencia. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de su <i>Manual para Miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir atención especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0




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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)*</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada (<i>Supervised Exercise Therapy, SET</i>) para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (<i>Peripheral Artery Disease, PAD</i>) que tienen una referencia para PAD del doctor responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un entorno ambulatorio del hospital o en el consultorio de un doctor • Brindado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	
<p>Terapia de infusión en el hogar*</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se le brindan en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • Equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de cuidado; • Capacitación y educación de miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	\$0
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando es referido por su doctor.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoría individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0






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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de nutrición médica (continuación)</p> <p>adicionales si son médicamente necesarios. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagaremos dos horas de servicios de asesoría en persona por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la referencia de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la referencia una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	
<p>Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia*</p> <p>Este beneficio permite el transporte que sea más rentable y accesible. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, camioneta adaptada, camioneta para silla de ruedas y coordinación con paratransito.</p> <p>Se autorizan las formas de transporte cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y <p>Dependiendo del servicio, se puede requerir autorización previa.</p>	\$0
<p>Transporte: Transporte no médico*</p> <p>Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria, incluidos los traslados a las citas con el dentista y para recoger medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p>	\$0




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

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B, si el riesgo de contraerla es alto o intermedio • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más información.</p>	\$0	
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Puede hacerse un examen médico anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención que se base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos uno cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede ocurrir dentro de los 12 meses siguientes a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para recibir las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	\$0	
 <p>Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Pagaremos una visita al año, o más si es médicamente necesario, a su Proveedor de Cuidado Primario para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la visita, su doctor puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablarle sobre el uso de la aspirina; • Revisar su presión arterial, o • Darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien. 	\$0	



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

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud; • Educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo evaluaciones e inyecciones), y • Referencias para otro tipo de atención si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su doctor que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de cuota por servicios de Original Medicare o Medi-Cal.

E1. California Community Transitions (CCT)

El programa California Community Transitions (CCT,) utiliza las organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han permanecido en un establecimiento para pacientes hospitalizados, por al menos 90 días consecutivos, a reinsertarse y permanecer seguros en el entorno de la comunidad. El programa de CCT patrocina servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y 365 días después, para ayudar a los beneficiarios elegibles a mudarse de nuevo a un entorno comunitario.

Usted puede recibir servicios de coordinación de transición de cualquier organización de CCT que preste servicios en el condado donde usted vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones de CCT y los condados donde prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica, en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición del CCT

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

Para servicios no relacionados con su transición del CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.



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

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición del CCT, pagamos los servicios que se indican en la **Sección D** de la Tabla de Beneficios.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El Programa CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición fuera de CCT, debe llamar a su coordinador de atención médica para pedir el servicio. La atención de transición que no sea del CCT es atención que **no** está relacionada con su transición de una institución o centro.

E2. Programa Dental de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal; este incluye, pero no se limita a los siguientes servicios:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- Restauraciones y coronas
- Terapia de conducto radicular
- Dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases

Los beneficios dentales están disponibles en el Programa Dental de Medi-Cal como cuota por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la Línea de Servicio al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8am a 5pm de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en www.dental.dhcs.ca.gov para obtener más información.

Además del programa dental de pago por servicio de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrado. Los planes de atención dental administrados están disponibles en los condados de Sacramento y Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar de plan dental, comuníquese con Opciones de Cuidado de Salud al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8am a 6pm. La llamada es gratuita.

E3. Cuidado de hospicio

Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y su esperanza de vida es de seis meses o menos. Usted puede obtener atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas



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

de hospicio certificados por Medicare. Su doctor de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la **Sección D** de la Tabla de Beneficios para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidado de hospicio.

Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor del hospicio factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

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

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.

Nota: Si usted necesita atención que no sea de hospicio, llame a su coordinador de atención médica para pedir el servicio. La atención que no es de hospicio es atención que no está relacionada con su pronóstico médico terminal.

E4. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*) ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de cuidados para adultos mayores o los centros de alojamiento y atención.
- Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como asistencia con la evacuación intestinal y urinaria, la ducha, el arreglo personal y los servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para las personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado.



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

Condado de Riverside:

1-888-960-4477
De lunes a viernes
8am a 5pm

Condado de San Bernardino:

1-877-800-4544
De lunes a viernes
8am a 5pm

E5. 1915(c) Programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)***Exención de vida asistida (ALW)***

- La exención de vida asistida (*Assisted Living Waiver, ALW*) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno similar al hogar y la comunidad, o evitar las admisiones en centros de enfermería especializada de los beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en la ALW y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la ALW mientras reciben también los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Atención Médica de ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la ALW.

Exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para las personas de California con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)***Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo***

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención del SDP, que brindan servicios a personas a las que se les diagnosticó 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 una institución de salud autorizada. 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 comunicarse con los servicios de exención por DD.

Exención de la Alternativa Basada en la Comunidad y el Hogar (HCBA)

- La exención de la Alternativa Basada en la Comunidad y el Hogar (*Home and Community-Based Alternative, HCBA*) brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de colocación en instituciones o en centros de cuidado para



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

adultos mayores. Los servicios de gestión de la atención son proporcionados por un equipo multidisciplinario de administración de la atención compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (como servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de gestión de la atención y exención se brindan en la residencia basada en la comunidad del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, obtenida a través de un acuerdo de arrendamiento del inquilino, o la residencia de un miembro de la familia del participante.

- Los miembros que están inscritos en la exención de HCBA y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención de HCBA mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar la exención de 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 directa a personas que viven con VIH como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en una enfermera registrada y un administrador de casos 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 a fin de mantener al participante en su hogar y en la 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 gestión 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 del MCWP y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención del MCWP mientras están recibiendo los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención del MCWP para coordinar los servicios que recibe.
 - Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MCWP.

Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios Múltiples para Adultos Mayores (*Multipurpose Senior Services Program, MSSP*) brinda servicios de gestión de la atención médica y social para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.



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

- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, el MSSP proporciona coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para prevenir o retrasar que se les interne en una institución. El costo total anual combinado de la gestión de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un Centro de Enfermería Especializada.
- Un equipo de profesionales de servicios de salud y sociales brinda a cada participante del MSSP una evaluación de salud y psicosocial completa para determinar los servicios necesarios. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su doctor, su familia y otras personas para elaborar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
 - Administración de atención médica
 - Cuidado de adultos durante el día
 - Mantenimiento/reparación menor del hogar
 - Servicios suplementarios a domicilio de supervisión protectora, cuidado personal y tareas del hogar
 - Servicios de relevo
 - Servicios de transporte
 - Servicios de asesoría y terapéuticos
 - Servicios de comidas
 - Servicios de comunicación (como traducción/interpretación).
- Los miembros que están inscritos en la exención del MSSP y fueron transferidos a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención del MSSP mientras están recibiendo los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención médica puede ayudarle a solicitar el MSSP.

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

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

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.



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

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

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que los indiquemos como servicios cubiertos.
- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** del *Manual para Miembros* para obtener más información, sobre los estudios de investigación clínica. Los artículos y tratamientos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Servicios privados de enfermería.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Cuotas que se le hayan cargado a un familiar directo o a miembros de su hogar.
- Comidas que se entreguen en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidental o para mejorar una parte del cuerpo con una deformidad. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para darle la misma forma.
- Atención quiropráctica distinta a la manipulación manual de la columna conforme a las pautas de cobertura.



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

- Atención de rutina de los pies, excepto lo que se describe en Servicios de podiatría en la Sección D de la Tabla de beneficios.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía con LASIK y otros accesorios para la vista reducida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (*Veterans Affairs, VA*). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.
- *Artículos personales: artículos de comodidad personal o artículos y servicios de conveniencia, como televisión, membresías en clubes de salud o artículos similares.*
- *Equipo médico para la disfunción eréctil.*



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

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio de un doctor 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 la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, "Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare".

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

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

Debe hacer que un doctor u otro proveedor le proporcione su receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le ha dado un referido para que le atiendan.

El emisor de su receta **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare o cualquier lista similar de Medicaid.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.

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



Su medicamento de receta debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.

- Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que podamos cubrirlo dándole una excepción.
- Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento de receta 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*) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su doctor pueda ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento de receta.

Tabla de Contenido

A. Cómo surtir sus recetas	115
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	115
A2. Uso de su Tarjeta de Identificación del plan al surtir una receta	115
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	115
A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red	115
A5. Uso de una farmacia especializada	116
A6. Uso de servicios de envío por correo para obtener sus medicamentos	116
A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan	118
A9. Reembolso de pago por una receta médica	118
B. Lista de Medicamentos de nuestro plan.....	119
B1. Medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.....	119
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.....	120
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos.....	120
*Es posible que Medi-Cal cubra los productos seleccionados. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.	121



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

C. Límites en algunos medicamentos.....	121
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	123
D1. Obtener un suministro temporal	123
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	125
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	127
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.....	127
F2. En un centro de cuidado a largo plazo.....	128
F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare.....	128
G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos	128
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	128
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	129
G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides	130



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

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación del plan al surtir una receta

Para surtir su receta médica, **muestre su Tarjeta de Identificación para Miembros** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura el medicamento recetado cubierto.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su tarjeta de identificación del plan o BIC con usted cuando surta su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un nuevo surtido de una receta, puede solicitar que un proveedor le emita una nueva receta o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún hay surtidos restantes.

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

A4. Qué hacer si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.



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

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 Miembros o su coordinador de atención.

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de cuidado 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 cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario debería ocurrir raramente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidado de salud.

A6. Uso de servicios de envío por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de envío por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del envío por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de envío e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana,



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

incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Esta información también está disponible en el sitio web de IEHP en www.iehp.org.

Por lo general, una receta de envío por correo llega dentro de 7 a 10 días. Sin embargo, a veces el envío por correo puede demorarse. Si la entrega está demorada, puede comunicarse con su Proveedor de Cuidado Primario para que le dé una receta de emergencia y presentarla en cualquier farmacia de la red cercana. El personal de la farmacia puede comunicarse con MedImpact (una compañía con la que trabaja IEHP DualChoice) al 1-888-495-3147 para obtener una anulación de emergencia debido a la demora en el proceso de pedido por correo.

Procesos de envío por correo

El servicio de envío por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las renovaciones de sus recetas de envío por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de salud, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más tarde.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas de envío por correo

Para volver a surtir un medicamento, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Infórmele a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes del envío. Para dar sus preferencias de comunicación, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.



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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o de 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 indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de cuidado de salud o a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, usted podrá usar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** (*Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos*) para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

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

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan.

Pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

Enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay farmacias de la red. Es posible que tenga que pagar si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red.

Si el medicamento cubierto de la Parte D está relacionado con la atención de una emergencia médica.

Durante cualquier desastre Federal u otra emergencia de salud pública en la que sea evacuado o desplazado de su lugar de residencia.

En situaciones de emergencia cuando no pueda usar una farmacia de la red, pagaremos un suministro de 31 días de sus medicamentos.

En estos casos, consulte primero con su coordinador de cuidado de salud o Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso de pago por una receta médica

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando recibe su medicamento de receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos.

Si paga el costo total de su receta que puede estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Alternativamente, puede



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

pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero presentando el reclamo de “Reembolso de gastos directos de su 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 su *Manual para Miembros*.

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de 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.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (*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 más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (*Beneficiary Identification Card, BIC*) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

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

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

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.



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

Nuestro plan también cubre ciertos OTC. Algunos OTC menos que los medicamentos con receta y surten el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que toma está en nuestra Lista de Medicamentos, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.iehp.org. La Lista de Medicamentos en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos o para solicitar 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 más información.
- Usar nuestra “Herramienta de tiempo real” en <https://members.iehp.org/App/Account/Login> o llamar a su coordinador de cuidado de salud o a Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener una estimación de lo que usted pagará si hay otra opción del medicamento en la Lista de Medicamentos que pueda tratar la misma afección.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

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

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.



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

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Su doctor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no indicado en la etiqueta”. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para uso no indicado en la etiqueta.

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

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado*
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro*
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios realizados únicamente por ellos

*Es posible que Medi-Cal cubra los productos seleccionados. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

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

Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor



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

piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle utilizar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

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

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red le brindan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca registrada.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igualmente efectivos antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe el Medicamento A primero.

Si el Medicamento A **no** funciona para usted, cubrimos el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta médica.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.iehp.org.



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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de cobertura o excepción, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros*.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

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

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales sobre la cobertura del medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o su doctor deseen solicitarnos una excepción.

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

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra Lista de Medicamentos
 - nunca estuvo en nuestra Lista de Medicamentos
 - ahora está limitado de alguna manera
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
 - Estaba en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**



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

- Este suministro temporal es de hasta 31 días.
- Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar su medicamento de receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 31 días.
 - Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar su medicamento de receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta es por menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
 - Si usted es un miembro actual con cambios en su nivel de atención, le permitiremos volver a surtir su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 31 días, acorde con el incremento de despacho, a menos que usted tenga una receta extendida para menos días.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos que cubrimos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.



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

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma se eliminará de nuestra Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como le gustaría.
- Respondemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su proveedor de receta).

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos.

Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requiere o no la aprobación previa para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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



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

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

- Aparezca en el mercado un nuevo medicamento más barato que funcione tan bien como un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos ahora, **o**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- Se retira un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra Lista de Medicamentos, siempre puede:

- Consultar nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en www.iehp.org **o**
- Llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página para consultar nuestra Lista de Medicamentos actual.

Algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos ocurren de **inmediato**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como un medicamento de marca registrada que existe en la Lista de Medicamentos ahora. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca registrada y añadir el nuevo medicamento genérico, pero su gasto para el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

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

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que suceda.
- Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Por favor consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (*Food and Drug Administration, FDA*) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informamos. Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio. Él puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.



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

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca registrada que está en la Lista de Medicamentos actualmente **o**
 - Cambiamos las reglas de cobertura o los límites de un medicamento de marca.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informamos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a nuestra Lista de Medicamentos **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento luego de que usted solicite un nuevo surtido.

Esto le da tiempo para hablar con su doctor u otro proveedor de receta. Ellos pueden ayudarle a decidir:

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no le afectan ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de 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 o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento por el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.



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

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico que su hospicio no cubra porque no está relacionado con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del doctor que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de hospicio o doctor que receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

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

G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos

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

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

- Puede que no sean necesarios porque toma otro medicamento que hace lo mismo
- Puede que no sean seguros para su edad o género
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico



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

- Tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos recetados, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con sus necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a los medicamentos
- La mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta médica

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su doctor sobre su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de salud.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica.



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

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

Nuestro plan tiene un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides de receta y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (*Drug Management Program, DMP*).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios doctores o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus doctores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus doctores, si determinamos que el uso que usted hace de los opioides o medicamentos de benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar su acceso a ellos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de cierta farmacia y/o de cierto doctor
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si creemos que una o más limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué doctores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y su doctor pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión por escrito. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- Tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- Está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o de final de la vida, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.



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

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

Introducción

Este capítulo le informa lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, y

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Nosotros le enviamos un inserto separado, denominado “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula de LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este complemento, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

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

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

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A esta la llamamos la “Lista de Medicamentos”. En ella le indicamos:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.iehp.org.
 - La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por IEHP DualChoice. Otros medicamentos, como algunos medicamentos



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

de venta sin receta médica (*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. Traiga su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (*Beneficiary Identification Card, BIC*) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

- **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros*.
 - Allí se le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que usted pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador de atención médica o a Servicio para Miembros.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



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

Tabla de Contenido

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	134
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos	135
C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	136
C1. Sus opciones de farmacia	136
C2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento	137
C3. Lo que usted paga.....	137
D. Vacunas	138
D1. Lo que debe saber antes de vacunarse	139



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

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos recetados. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos recetados recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su Doctor para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de gastos directos de su bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.



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

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de esta manera:

1. Use su Tarjeta de Identificación para Miembros.

Muestre su Tarjeta de Identificación para Miembros de IEHP DualChoice cada vez que surta una receta médica. Esto nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Proporcionémos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Estas son algunas veces en las que debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

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

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drugs Assistance Program, ADAP*), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos directos de su bolsillo.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

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

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Compró medicamentos ese día?



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

- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con los que figuran en los recibos? ¿Coinciden los medicamentos con los que le recetó su doctor?

Para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice o leer el *Manual para Miembros* de IEHP DualChoice. También puede encontrar el *Manual para Miembros* de IEHP DualChoice en nuestro sitio web en www.iehp.org.

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.iehp.org.

¿Qué sucede con un posible fraude?

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

- Llámenos a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número confidencial gratuito 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas. Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.

C1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, o



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

- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- una farmacia de pedidos por correo.

Consulte el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es por hasta 100 días. No hay costo para usted por un suministro a largo plazo.

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

C3. Lo que usted paga

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.



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

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

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro por un mes o de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de su <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles.
Costo compartido Nivel 1 (medicamentos genéricos, medicamentos de marca registrada, medicamentos biosimilares)	\$0	\$0	\$0	\$0

Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura de vacunas específicas.



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

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su Doctor.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación
- Podemos indicarle cómo mantener sus costos bajos usando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no pague por adelantado una vacuna de la Parte D de Medicare.

Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, usted no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.



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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Tabla de Contenido

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	141
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	144
C. Decisiones de cobertura.....	145
D. Apelaciones.....	145



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

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir ninguna factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan de salud por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de IEHP DualChoice le facturen por estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por medicamentos o cuidado de salud, no pague la factura y envíenlosla. 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 usted ya pagó la factura, es su derecho recibir un reembolso.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, es posible que reúna los requisitos para que le reembolsemos (le devolvamos el dinero) si cumple todas las condiciones siguientes:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal del que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por IEHP DualChoice.
 - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de IEHP DualChoice.
 - Usted solicita el reembolso dentro del plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Usted proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal dentro de la red de IEHP DualChoice. No necesita cumplir esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), usted necesita presentar un comprobante del proveedor que demuestre la necesidad



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

médica del servicio cubierto.

- IEHP DualChoice le dirá si le reembolsará en una carta llamada Aviso de acción. Si usted cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal deberá reembolsarle el monto total que usted pagó. Si el proveedor se niega a reembolsarle, IEHP DualChoice le reembolsará el monto total que usted pagó. Le reembolsaremos en un plazo de 45 días hábiles a partir de la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reembolsarle, IEHP DualChoice le reembolsará, pero solo hasta la cantidad que pagaría Fee-for-Service (FFS) de Medi-Cal. IEHP DualChoice le reembolsará el monto total de gastos del bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que sea proporcionado por proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple uno de los requisitos anteriores, no le haremos el reembolso.
- No le devolveremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
 - El servicio no es un servicio cubierto por IEHP DualChoice.
 - Usted fue a un doctor que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que dice que usted quiere ser atendido de todos modos y que pagará por los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de atención médica si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Aquí encontrará ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

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

Solicítele al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.



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

- Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
- Si ya pagó por el servicio de Medicare, nosotros le reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga cualquier servicio o receta. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague los servicios o más de lo que le corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** o su coordinador de atención médica al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del asunto.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

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

- Si su inscripción es retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que se la devolvamos.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

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

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



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

5. Cuando paga el costo total de la receta porque no tiene su tarjeta de identificación del plan con usted

Si no tiene su Tarjeta de Identificación para Miembros con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su Tarjeta de Identificación para Miembros.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos.

6. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su doctor u otro doctor que le recete un medicamento creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su doctor u otra persona autorizada que emite las recetas médicas para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos el costo del mismo.

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

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que escribió o un recibo del proveedor.

Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

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



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

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

También puede llamarnos para solicitar el pago. Por favor llame a Servicios para Miembros de 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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, si la hay, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó. Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*. Para



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

presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F** (*Atención médica*).

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la Sección F (*Atención médica*).
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G** (*Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare*).



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

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 claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	148
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	149
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	150
C1. Cómo protegemos su PHI	151
C2. Su derecho a ver sus registros médicos.....	151
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	152
E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente	153
F. Su derecho a cancelar nuestro plan.....	153
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.....	154
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	154
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda, si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica.....	155
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	156
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	156
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos .	156
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	157



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

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera competente y accesible a nivel cultural. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera comprensible para usted, llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicio gratuito de intérpretes de idiomas disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también tiene a su disposición materiales en idiomas distintos al inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, por favor llame a Servicios para Miembros o escriba a:

IEHP DualChoice

P.O. Box 4259

Rancho Cucamonga, CA 91729-4259

Número de teléfono: 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347).

- To make a standing request to receive materials in languages other than English or alternate format, or to make changes to a standing request, please call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. IEHP DualChoice will keep your information as a standing request for future mailings and communications, so you do not need to make a separate request each time.
- Para realizar una solicitud permanente para recibir materiales en idiomas distintos al inglés o en un formato alternativo, o para realizar cambios en una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros de 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 deben llamar al 1-800-718-4347. IEHP DualChoice mantendrá su información como solicitud permanente para las futuras correspondencias y comunicaciones, de modo que usted no necesite hacer una nueva solicitud cada vez.
- 如需長期獲取西班牙語或其他格式的資料，請致電1-877-273-IEHP (4347) 與IEHP DualChoice會員服務處聯絡，服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。IEHP DualChoice會將您的資訊視為長期要求，以用於今後的郵件往來和通訊，因此您無需每次都單獨提出要求。



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

- Để đưa ra yêu cầu cố định về việc nhận tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc ở định dạng thay thế hoặc để thay đổi yêu cầu cố định, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. IEHP DualChoice sẽ lưu giữ thông tin của quý vị như yêu cầu cố định cho việc gửi thư và thông tin liên lạc trong tương lai, do đó quý vị không cần phải đưa ra yêu cầu riêng cho mỗi lần.

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o por 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 TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.
 - Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué doctores aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP. **No** requerimos que obtengan una referencia.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir cuidado de salud oportuna de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar el cuidado de salud fuera de la red.



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

- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o cuidado de salud que se necesita con urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros*.
- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de cuidado de salud con la ayuda de su equipo para el cuidado de salud y coordinador de cuidado de salud.

En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derecho de acceder a su información y controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito denominado “Aviso de Prácticas de Privacidad” que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales o presentar un reclamo por servicios confidenciales. IEHP DualChoice dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono designados alternativos del miembro o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono registrados. IEHP DualChoice no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que



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

recibe atención. IEHP DualChoice atenderá las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados, si se pueden producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Puede solicitar que la información sobre sus servicios confidenciales* sea dirigida a su dirección postal o dirección de correo electrónico designada. Para hacerlo, debe solicitar y completar un formulario llamado Formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales (*Confidential Communications Request, CCR*). El CCR también se puede descargar/encontrar en el sitio web de IEHP. Tenga en cuenta que IEHP procesará el formulario CCR dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de una transmisión electrónica o solicitud telefónica o dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción por correo de primera clase. IEHP marcará como recibido la solicitud de comunicaciones confidenciales y le informaremos sobre el estado de implementación de la solicitud si se comunica con nosotros.

**los servicios sensibles incluyen todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, el trastorno por uso de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.*

C1. Cómo protegemos su PHI

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

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde cuidados o que no pague por sus cuidados. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de los cuidados de salud de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros.



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

- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y cómo lo hacemos.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener el servicio de un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo: en letra grande, en braille o en audio. 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 de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電IEHP DualChoice會員服務處，電話：1-877-273-IEHP (4347)，服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。電話服務免費。

Quý vị có thể nhận tài liệu này miễn phí ở các định dạng khác như định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille và/hoặc âm thanh. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), 7 ngày một tuần, bao gồm cả ngày nghỉ lễ. Người dùng TTY xin gọi 1-800-718-4347. Quý vị được miễn cước cho cuộc gọi này.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones hechas por los miembros
 - cómo cancelar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:



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

- cómo elegir o cambiar de proveedores de cuidado primario
- calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
- cómo pagamos a los proveedores en nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros*), incluso puede pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que tiene

E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a cancelar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual para Miembros*:



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

- Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o MA.
- Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud

Tiene derecho a recibir información completa de sus doctores y otros proveedores de cuidado de salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.

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

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a utilizar otro doctor antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento de receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento de receta, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó el cuidado de salud.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega el cuidado de salud que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.



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

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda, si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de salud por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito que **otorga a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado de salud por usted.**
- **Dar a sus doctores instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su cuidado de salud si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido el cuidado que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para el cuidado de salud.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su Doctor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratis en línea y descargarlo.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Debe entregar una copia del formulario a su doctor. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.



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

- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. IEHP DualChoice le comunicará los cambios en la ley estatal en un lapso no mayor de 90 días después del cambio.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una instrucción anticipada, y cree que un doctor u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la California Department of Social Services State Hearing Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430. Puede llamar al número gratuito del Departamento al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY pueden llamar al 916-263-0935.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o cuidado de salud cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

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

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Manual para Miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*) al 1-800-434-0222. Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el Capítulo 2 (*Números de teléfono y recursos importantes*).
- El Programa de Ombudsman al 1-888-452-8609. Para más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o



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

descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

- **Leer el *Manual para Miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para Miembros*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su doctor y otros proveedores de cuidado de salud** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus doctores** y otros proveedores de cuidado de salud a brindarle el mejor cuidado de salud.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus Doctores y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus Doctores y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabajar con su coordinador de cuidado de salud**, incluida la realización de una evaluación anual de riesgos de salud.



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

- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su Doctor, hospitales y con otros proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debido a que califica para la “Ayuda Adicional”, no paga nada por los costos de sus medicamentos recetados siempre que siga nuestras reglas. Si ya no califica para la Ayuda Adicional, los costos de sus medicamentos pueden cambiar.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá 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 [*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*] para saber cómo presentar una apelación).
- **Cuéntenos si se cambia de casa.** Si planea cambiarse de casa, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros.
 - **Si se cambia de casa 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. En el **Capítulo 1** de su *Manual para Miembros* se le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está cambiando de casa fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se cambie de casa. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se cambia de casa y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Avísenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de contactarlo.
- **Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

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

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su cuidado de salud.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y respaldos a largo plazo, que incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (*Community-Based Adult Services, CBAS*) y servicios en centros de enfermería (*Nursing Facility, NF*).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su doctor y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado de salud como parte de su plan de cuidado. **Si tiene un problema con su cuidado de salud, puede llamar al Programa de Ombudsman al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Ombudsman para recibir orientación con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con el programa, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.



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

Tabla de Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	162
A1. Acerca de los términos legales	162
B. Dónde obtener ayuda.....	162
B1. Para más información y ayuda	162
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	164
D. Problemas con sus beneficios.....	164
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	164
E1. Decisiones de cobertura	165
E2. Apelaciones	165
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	166
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?.....	167
F. Cuidado médico	167
F1. Uso de esta sección.....	167
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	168
F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	170
F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....	174
F5. Problemas de pago	180
G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	181
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D.....	181
G2. Excepciones de la Parte D	183
G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción	183
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	184
G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	187
G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	189
H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital.....	191
H1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	191



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

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	192
H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	195
H4. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 1	195
H5. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 2	196
I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	197
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	198
I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	198
I3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	200
I4. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 1	201
I5. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 2	202
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	203
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	203
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	204
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Parte D de Medicare	204
K. Cómo presentar una queja	205
K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?	205
K2. Quejas internas	207
K3. Quejas externas	208



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

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también llamadas reclamos.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Realizar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”

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

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Consejería sobre Seguros de Salud (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP tiene 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 IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.

Ayuda del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Se ofrece ayuda legal gratuita. El Programa de Ombudsman no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es 1-888-804-3536 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/es).

Ayuda del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud de California

El Ombudsman de Cuidado Administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) de California puede brindar asistencia. Pueden ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden ayudarlo si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, de 8am. a 5pm al 1-888-452-8609.

Ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

Comuníquese con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.HealthHelp.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 a su plan de salud al **1-877-273-IEHP (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 recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza



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

experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con problemas auditivos y del habla. El sitio web de Internet del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas sobre el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	No. Mi problema no se trata de beneficios o cobertura.
Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.



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

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su doctor de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de parte de ellos (consulte el Capítulo 4, Sección H de su *Manual para Miembros*).

Usted o su doctor también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su doctor no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle el cuidado médico que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Siempre que decidimos si cubriremos algo y cuánto pagaremos, estamos tomando decisiones de cobertura. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre. 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, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Manejan su apelación revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

En la mayoría de los casos, debe iniciar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica independiente del Departamento de Cuidados de Salud Administrados en www.dmhc.ca.gov. Consulte la página 163 para obtener más información.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a toda o a una parte de lo que pide, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio médico de Medicare o un artículo o medicamento de la Parte B, la carta le informará que enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de la Parte D de Medicare o un servicio o artículo de Medicaid, la carta le explicará cómo puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.



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

Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo tanto de Medicare como de Medicaid, la carta le informará sobre los tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** en los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Consejería sobre Seguros de Salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **El Centro de Ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden usar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.HealthHelp.ca.gov.
- **Su doctor u otro proveedor.** Su doctor u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal al 1-888-804-3536.

Complete el formulario Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.



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

Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario al visitar

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en

nuestro sitio web en www.iehp.org. **Debe entregarnos 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 plazos. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital”
- **Sección I**, “Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos (Esta sección solo se aplica a estos servicios: cuidado de salud domiciliaria, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF].)”

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

F. Cuidado médico

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de cuidado y servicios médicos que se describen en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*. Generalmente nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye servicios y artículos médicos, así como Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, que generalmente son medicamentos administrados por su doctor o profesional de la salud. Es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento de receta de la Parte B. Cuando es el caso, explicamos cómo las reglas para los Medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no recibe.



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

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado de salud que su doctor u otro proveedor de cuidado de salud desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por cuidado médico que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que usted puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto cuidado de salud y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que usted puede hacer: Puede apelar nuestra decisión para reducir o suspender el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, cuidado de salud domiciliaria, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** (*Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital*) o **Sección I** (*Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos*) para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierto cuidado médico, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando retrasos en el cuidado o no puede encontrar un doctor.

Lo que usted puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se denomina “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su doctor o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura a través de las siguientes opciones:



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

- Por teléfono: 1-877-273-IEHP (4347) TTY: 1-800-718-4347.
- Por fax: (909) 890-5877.
- Por correo: IEHP DualChoice, P.O Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le brindamos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicios o artículos médicos dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Para los planes Knox-Keene, dentro de los 5 días hábiles posteriores y no más de 14 días del calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Debe solicitar cobertura para cuidado médico que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago del cuidado médico que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su doctor nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su doctor, decidiremos si recibirá 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 lo indicará y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:



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

- Que le brindaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su doctor la solicita.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*).

Si decimos NO a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de 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** [*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*]).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien 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. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su doctor o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-877-273-IEHP (4347).

- Si su doctor u otra persona autorizada para dar recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su doctor presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando el sitio:



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

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visitando nuestro sitio web: <https://www.iehp.org/en/members/iehp-dualchoice-cal-mediconnect-plan?target=important-resources>.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - Desestimaremos su solicitud y
 - Le enviaremos un aviso por escrito donde le explicaremos su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que analice nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su doctor también pueden brindarnos 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 la cobertura de cuidado que no recibió, usted y/o su doctor decidirán si necesita una apelación rápida.

Le daremos una apelación rápida automáticamente si su doctor nos menciona que su salud lo requiere. Si la solicita sin la ayuda de su doctor, nosotros decidiremos si se le da una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que mencione esto y que usaremos las fechas límites en su lugar. La carta también menciona que:
 - Automáticamente le damos una apelación rápida si su doctor la solicita.



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

- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** (Quejas internas).

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o medicamento no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su doctor para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar una



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

Audiencia del Estado de Nivel 2 con el estado usted mismo en cuanto el plazo termine.

- **Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una Organización de Revisión Independiente luego lo revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia del Estado de Nivel 2 con el estado usted mismo en cuanto el plazo termine.

Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

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

- Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.



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

F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dice si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medicare**, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le brinda información al respecto. También incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una Apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la OIR. Además de la Apelación de Nivel 2 automática, también puede solicitar una Audiencia del Estado y una revisión médica independiente. Sin embargo, si ya presentó evidencia en una Audiencia del Estado, la revisión médica independiente ya no estará disponible.

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 (Cómo hacer una Apelación de Nivel 1)** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario 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 (*Independent Review Organization, IRO*)” es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.



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

- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a 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, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetados de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la Organización de Revisión Independiente dice Sí a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **dentro de las 72 horas o**
 - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar o**
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de receta de la Parte B de Medicare**, debemos



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

autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en disputa:

- **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
- **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice que No a una parte o 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 cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J (Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2)** 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 formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentando una queja o Revisión Médica Independiente o (2) Audiencia del Estado.

(1) Revisión Médica Independiente

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (*Independent Medical Review, IMR*) del Centro de ayuda del Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC). Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de doctores que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No paga costos por una IMR.

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

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.



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

- No cubrirá un tratamiento de Medi-Cal experimental o de investigación para una condición médica grave.
- Hay disputas sobre si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará los servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió.
- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas para una apelación rápida.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados.

Tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia del Estado, pero no si ya tuvo una Audiencia del Estado sobre el mismo tema.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la página 176 para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

Si su tratamiento fue denegado porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud o si tiene un dolor intenso, puede informarlo inmediatamente al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses** posteriores a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como que tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o no recibió una notificación adecuada de parte nuestra sobre el proceso de IMR.

Para solicitar una IMR:

- Complete el formulario de solicitud/queja de revisión médica independiente disponible en: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o llame al Centro de ayuda de DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de documentos, no originales. El Centro de ayuda no puede devolver ningún documento.



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

- Complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o al llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe por correo o fax sus formularios y cualquier archivo adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241
- También puede presentar el formualrio de queja/solicitud de revisión médica independiente y el formulario de autorización de asistencia en línea en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Si reúne los requisitos para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 7 días calendario informándole que reúne los requisitos para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los 30 días calendario. Debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 45 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta dentro de los 2 días calendario informándole que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará dentro de los 3 días calendario. Debería recibir la decisión de la IMR dentro de los 7 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia del Estado.

Una IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de parte suya o del doctor tratante. Si está usando un doctor que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus registros médicos de ese doctor. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus registros médicos de los doctores que están en la red.

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

(2) Audiencia del Estado

Puede solicitar una Audiencia del Estado para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su doctor u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no



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

continuaremos pagando un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia del Estado.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia del Estado** después de que se le envíe por correo el aviso “La Carta de Decisión sobre la Apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia del Estado porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su Audiencia del Estado está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 174 para más información.

Hay dos formas de solicitar una Audiencia del Estado:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia del Estado” en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada por la que desea una audiencia. Luego, podrá enviar su solicitud de una de estas maneras:

- Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en el aviso.
- Al Departamento de Servicios Sociales de California:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- A la División de Audiencias del Estado al número de fax 916-651-5210 o 916-651-2789.

2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Los usuarios de 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.

La oficina de Audiencias del Estado le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias del Estado dice que **Sí** a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la oficina de Audiencias del Estado dice que **No** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencias del Estado es **No** para toda o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.



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

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una cantidad mínima determinada. Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. **La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias del Estado describe la próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No debe pagar la factura usted mismo. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*. Allí se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos pide para el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago por el servicio o artículo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en **la Sección F3** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*). Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.



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

- Si nos pide que le reembolsemos el cuidado médico que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

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

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de salud dentro de los 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

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

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos Medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.** Utilizaremos el término “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D” en todas las ocasiones. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal siga el proceso en la Sección E en la página 164.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o



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

- Descartemos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación de cobertura”**.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro a continuación a modo de orientación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o 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, luego consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya compró y pagó.</p> <p>Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (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 que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra postura).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>
--	---	---	--



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

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción del formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

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

- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (*Prior Authorization, PA*)”.
 - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.

G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe informarnos las razones médicas.

Su doctor u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta



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

información médica de su doctor u otra persona autorizada a dar recetas médicas 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 tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos responder que Sí o que No a su solicitud.

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su doctor continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*) para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **no**.

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

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-877-273-IEHP (4347), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su doctor (u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su doctor (u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) o cualquier otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** (*Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones*) para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su doctor u otra persona autorizada para emitir recetas médicas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.



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

- Su doctor u otra persona autorizada para emitir recetas médicas puede enviarnos por fax o correo la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar el estado de cuenta por fax o correo.

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

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su doctor.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su doctor.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no consiguió. No puede conseguir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta que lo indique.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su doctor u otra persona autorizada para emitir recetas médicas, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta que lo indique. En la carta también se le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*).

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta



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

dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 2*) para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su doctor.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su doctor para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.



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

G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

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

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su doctor (u otra persona autorizada para emitir recetas médicas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su doctor también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su doctor u otra persona autorizada a dar recetas 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** (*Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción*) para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1



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

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 2*) para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 2*) para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

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

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

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.



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

- Si no le comunicamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la analiza. Consulte la **Sección G6 (Cómo hacer una Apelación de Nivel 2)** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada para emitir recetas médicas deben comunicarse con la Organización de **Revisión Independiente por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4 (Cómo hacer una Apelación de Nivel 2)** para obtener más información sobre la Organización de revisión independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2



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

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su Apelación de Nivel 2, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le enviará una carta donde se le indicará 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 elegirá si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.



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

- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decidirá si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consultará la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su doctor y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su doctor o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección se le indica cómo solicitarlo.

Si importar que haya presentado las apelaciones mencionadas en esta Sección H, también puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su estadía en el hospital. Consulte la Sección F4 en la página 174 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 sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como el personal de enfermería o un asistente social, le entregará un aviso por escrito llamado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede



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

llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende 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 está de acuerdo con una fecha de alta que su doctor o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que reciba el alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.



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

En California, la Organización para la Mejora de la Calidad es la Organización para la mejora de la calidad (QIO) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). Llámelos al 1-877-588-1123. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”, y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es probable que deba pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad acerca de su apelación, apele directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** (*Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción*) para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización para el Mejoramiento de Calidad no escucha su solicitud de continuar con su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente al Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California. Consulte la Sección F4 en la página 174 para obtener más información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Qué sucede durante la revisión rápida



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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su doctor y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá otro aviso que explica por qué su doctor, el hospital, y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso Detallado de Alta**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.

Antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará su respuesta a su apelación.

Si las Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad dicen que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice que **No** a su apelación:

- Crean que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado terminarán al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.



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

H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión de Calidad le dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra cuota de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión de Calidad dice que **No** a su apelación:

- Aceptan la decisión de ellos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará 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 estadía en el hospital. Consulte la sección E4 en la página 167 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo hacer una Apelación Alternativa de Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para una Apelación de Nivel 1 es dentro de los 60 días o no más tarde de la fecha de alta



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

hospitalaria planificada. Si no cumple con la fecha límite de Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alterna”.

Comuníquese con Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

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

- Analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que su fecha de alta prevista era médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada si continúa en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 2

Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de haber dicho que **No** a su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.



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

Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener más información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su estadía en el hospital. Consulte la sección F4 en la página 174 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de cuidado de salud domiciliaria
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- Cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.



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

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado de salud. Esto se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado de salud y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su cuidado de salud 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.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener más información sobre cómo presentar quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para 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 Organización para el Mejoramiento de Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*) o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídales que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.



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

- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de Calidad si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de la entrada en vigor del Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4 (Cómo hacer una Apelación Alternativa de Nivel 1)**.
- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad no escucha su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja ante y solicite al Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC) una revisión médica independiente. Consulte la sección F4 en la página 174 para obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de No Cobertura de Medicare”**.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su doctor y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **“Explicación Detallada de No Cobertura”**.



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

- Los revisores le informan su decisión antes de transcurrido un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado de salud en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de este cuidado de salud si decide continuar con los servicios de cuidado de salud domiciliario, cuidado en un centro de enfermería especializada o CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa el cuidado de salud después de la fecha en que finalizó su cobertura para el cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Daremos cobertura para el cuidado de salud durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.
200

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará 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 al DMHC una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Consulte la Sección F4 en la página 174 para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente además de una Apelación de Nivel 3 o en lugar de ella.

Un juez de derecho (ALJ) administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

14. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2** (*Cómo hacer una Apelación de Nivel 1*), debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su Apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede usar un proceso de “Apelación Alterna”.

Comuníquese con Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida”.

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

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Aceptaremos que necesita los servicios por más tiempo.
- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Acordaremos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Si decimos que **No** a su apelación rápida:



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

- Nuestra cobertura para estos servicios finalizará en la fecha que le indiquemos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Usted pagará el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que terminaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

15. Cómo hacer una Apelación Alterna de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

- Enviamos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de rechazar su Apelación de Nivel 1. Hacemos esto automáticamente. No necesita hacer nada.
- Si cree que no cumplimos con este plazo, o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** (*Cómo presentar una queja*) para obtener información sobre cómo presentar quejas.
- La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- Le proporcionaremos su servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su cuidado de salud y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con la cobertura de sus servicios de cuidado de salud. Consulte la Sección F4 en la página 174 para obtener información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de nivel 3.



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

202

Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** (*Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2*) para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los 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, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de 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 terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.



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

Si el Consejo responde que **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza 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, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza 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 de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias del Estado le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante 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 **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.



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

- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario 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 terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no termine.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de los cuidados de salud, los tiempos de espera, la coordinación



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

del cuidado y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la calidad de los cuidados de salud, como el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor o personal de cuidado de salud fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo expulsado de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de cuidado de salud en el consultorio de un médico o proveedor. • Su doctor o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es el inglés (como el lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no está limpio.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.



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

Queja	Ejemplo
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna es presentada y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los siete días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

El término legal para una “queja” es un **“reclamo”**.

El término legal para “realizar una queja” es **“presentar un reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-877-273-IEHP (4347) (TTY: 1-800-718-4347). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede usar nuestro “Formulario de Quejas y Apelaciones para Miembros” que está disponible en nuestro sitio web en www.iehp.org. Todos nuestros proveedores tienen el formulario, o bien, podemos enviarle uno por correo. También puede presentar una queja formal en línea. Puede entregar un formulario llenado a cualquier proveedor de IEHP DualChoice o enviárnoslo a nosotros a la dirección que se indica a continuación:



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

IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

- Para obtener una descripción detallada de nuestro proceso, incluidos los plazos, visite nuestro sitio web en www.iehp.org o comuníquese con 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 deben llamar al 1-800-718-4347.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario presentar una queja con IEHP DualChoice antes de presentar una queja con Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.



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

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Ombudsman de Cuidado Administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Puede presentar una queja con el Departamento de Administración de Servicios Médicos 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 que no sean 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 calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja relacionada con un problema urgente o una que involucre una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene 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 calendario.

Aquí le mostramos dos formas de obtener ayuda del Centro de ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden usar el número TTY gratuito, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights, OCR*)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Usted también puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local en:

U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-415-437-8329



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

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Usted puede contactarse con la Sección de Derechos de la Discapacidad, División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de EE. UU. al 1-800-514-0301 (TTY: 1-800-514-0383).

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Cuando su queja es sobre la calidad de los cuidados de salud, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de los cuidados de salud directamente a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en cuidado de salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar el cuidado de salud brindado a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte la **Sección H2 (Cómo hacer una Apelación de Nivel 1)** o consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

En California, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Organización para la mejora de la calidad (QIO) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC). El número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de Livanta Beneficiary & Family Centered Care (BFCC) es 1-877-588-1123.



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

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que cancele nuestro plan. Si cancela nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	212
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	213
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal	214
C1. Sus servicios de Medicare.....	214
C2. Sus servicios de Medi-Cal	216
D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	216
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	217
F. Reglas relacionadas con solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo de salud.....	218
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	218
H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía del plan	218



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

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Dado que usted tiene Medi-Cal, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos especiales de inscripción**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Además de estos tres períodos de inscripción especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Anual**, que va 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 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se cambió fuera de nuestra área de servicio,
- Su elegibilidad para Medi-Cal o para recibir Ayuda adicional cambió, o
- Si actualmente está recibiendo cuidados en, o acaba de mudarse hacia o fuera, de un hogar para personas de la tercera edad o de un hospital de cuidado a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su 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 próximo mes (en este ejemplo, 1 de febrero).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la **Sección C1**, *Sus servicios de Medicare*.
- Servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**, *Sus servicios de Medi-Cal*.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a: Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También se incluye el número para usuarios de TTY.



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.
212

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de asesoramiento y consejería sobre 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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP.
- 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.
- Ombudsman de cuidados administrados de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o por correo electrónico a MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, deberá solicitar la cancelación de nuestro plan. Puede solicitar la cancelación de su inscripción de dos maneras:

- Puede solicitarlo por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros en el número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 214 encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
- Llame 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.
- 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.



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

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene varias opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

A continuación, se enumeran tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de de Atención Integral para Adultos Mayores (<i>Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE</i>), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda u obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre 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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	--



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

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos recetados 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda u obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre 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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea inscribirse.</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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda u obtener más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de



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

<p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre 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 encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>	<p>8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8am a 6pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800 -430-7077. Pregunte de qué manera afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si cancela nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y cuidado de salud a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Reciba atención médica de los proveedores de nuestra red.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en IEHP DualChoice, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.



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

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es solo para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal.
- Si pierde su derecho a Medi-Cal y *se encuentra dentro* del periodo de 3 meses en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.
- Si se cambia de casa fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se cambia de casa o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra ilegalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal pero puede esperar razonablemente recuperar su elegibilidad dentro de un periodo de 3 meses, entonces aún es elegible para nuestro plan, esto se denomina elegibilidad continua. Si al final de los 3 meses considerados de elegibilidad continua, aún no es elegible para Medi-Cal, se cancelará su inscripción en nuestro plan.



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

Podemos hacer que cancele nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y nos hace difícil brindarle cuidados médicos a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su Tarjeta de Identificación para Miembros para obtener cuidados médicos. (Medicare puede solicitarle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

F. Reglas relacionadas con solicitarle que cancele nuestro plan por cualquier motivo de salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que cancele nuestro plan por 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. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones de cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía del plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cómo cancelar su afiliación, puede llamar al Servicio para Miembros al número que aparece al final de esta página.



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

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para Miembros*.

Tabla de Contenido

A. Aviso sobre la legislación	220
B. Aviso sobre la no discriminación	220
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	221
D. Aviso sobre la recuperación de bienes por parte de Medi-Cal.....	221

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



A. Aviso sobre la legislación

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en el *Manual para Miembros*. Las principales leyes que se aplican a los programas de Medicare y Medi-Cal son las leyes federales y estatales. También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

Cada empresa o agencia que trabaja con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No discriminamos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su edad, reclamos anteriores, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes Federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciban financiamiento federal, y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, Oficina de Derechos Civiles al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones [*Telecommunications Relay Service*]). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

Inland Empire Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:



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

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones [*Telecommunications Relay Service*]).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en 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 para el cuidado de salud o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, otra entidad debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud para los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

D. Aviso sobre la recuperación de bienes por parte de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso por las herencias testamentarias de ciertos miembros fallecidos debido a los beneficios de Medi-Cal recibidos cuando cumplieron 55 años o después. El reembolso incluye el Fee-for-Service y las primas/capitaciones de atención administrada por servicios en centros de enfermería, servicios a domicilio y comunitarios, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados brindados al miembro cuando estaba internado en un centro de enfermería o recibía servicios domiciliarios y comunitarios. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de herencias del Departamento de Servicios Sanitarios en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.



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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos claves utilizados en su *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (ADL) (*Activities of daily living*): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de terapia con medicamentos (*Medication Therapy Management, MTM*): Un grupo especializado de servicio o grupo de servicios prestados por proveedores de cuidado de salud, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para Miembros* para obtener más información.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal (*Medicare-Medi-Cal enrollee*): Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un miembro de Medicare-Medi-Cal también se denomina “individuo dualmente elegible”.

Apelación (*Appeal*): Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Área de servicio (*Service area*): Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan a qué doctores y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener nuestro plan.

Atención de Urgencia Medicamento Necesaria (*Urgently need care*): Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita cuidado inmediato. Puede obtener atención de urgencia medicamento necesario de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede comunicarse con ellos.

Audiencia del Estado (*State Hearing*): Si su doctor u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia del Estado. Si la Audiencia del Estado se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (*Prior authorization, PA*): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.



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

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su doctor u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Auxiliar de salud en el hogar (*Home health aide*): Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recomendados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda Adicional (*Extra Help*): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Cancelación de inscripción (*Disenrollment*): El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Centro de cirugía ambulatoria (*Ambulatory surgical center*): Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

Centro de enfermería especializada (*Skilled Nursing Facility, SNF*): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) (*Medicare Appeals Council [Council]*): Un consejo que revisa la apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.



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

Coordinador de cuidado de salud (*Care coordinator*): La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba los cuidados que necesita.

Cuidado de emergencia (*Emergency care*): Servicios cubiertos brindados por un proveedor entrenado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado en centros de enfermería especializada (*Skilled Nursing Facility Care, SNF*): Servicios de rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar personal de enfermería registrado o un doctor.

Decisión de cobertura (*Coverage decision*): Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Cuidados de Salud Administrados (*Department of Managed Health Care, DMHC*): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza Revisiones Médicas Independientes (IMR).

Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud (*Department of Health Care Services, DHCS*): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Determinación de la organización (*Organization determination*): Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de su *Manual para Miembros* se explican las decisiones de cobertura.

Emergencia (*Emergency*): Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato 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, la pérdida de su hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Entrenamiento en competencia cultural (*Cultural competence training*): Entrenamiento que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Equipo de cuidado interdisciplinario (*ICT o Equipo de cuidado*) (*Interdisciplinary Care Team [ICT or Care team]*): Un equipo para el cuidado de salud puede incluir doctores, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que



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

están allí para ayudarlo a obtener los cuidados que necesita. Su equipo para el cuidado de salud también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*): Ciertos artículos que ordena su doctor para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Equipo para el cuidado de salud (*Care team*): Consulte “Equipo para el cuidado de salud interdisciplinario”.

Especialista (*Specialist*): Un doctor que brinda cuidados de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Evaluación de riesgos de salud (*Health Risk Assessment, HRA*): Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción (*Exception*): Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inadecuada (*Improper/inappropriate billing*): Una situación en la que un proveedor (como un doctor u hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red (*Network Pharmacy*): Una farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las surta en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada (*Specialized Pharmacy*): Consulte el Capítulo 5 de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red (*Out-of-network Pharmacy*): Una farmacia que no ha aceptado 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 obtiene en 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 los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el afiliado. 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 escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.



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

Hogar para adultos mayores o centro de enfermería (*Nursing home or facility*):

Un lugar que brinda cuidado de salud a las personas que no pueden recibir cuidados en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio (*Hospice*): Un programa de cuidado de salud y respaldo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo especialmente entrenado de profesionales y cuidadores brinda cuidados de salud a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (*Personal health information [also called Protected health information], PHI*):

Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al doctor e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo (*Administrative law judge*): Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites de cantidad (*Quantity limits*): Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) (*List of Covered Drugs [Drug List]*): Una lista de medicamentos recetados y de venta sin receta médica (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de doctores y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de Medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual para Miembros y divulgación de información (*Member Handbook and Disclosure Information*): Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o anexos, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.



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

- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidados de salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicaid (o Asistencia Médica) (*Medicaid [or Medical Assistance]*): 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 apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el Estado de California.

Médicamente necesario (*Medically necessary*): Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca (*Brand name drug*): Medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico (*Generic drug*): Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usar 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 tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos (*Covered drugs*): El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta sin receta médica (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare (*Medicare Part D drugs*): Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D (*Part D drugs*): Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta sin receta médica (*Over-the-counter drugs, OTC*): Los medicamentos de venta sin receta médica son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional en cuidado de salud.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan



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

diálisis o un trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) (*Member [member of our plan, or plan member]*): Una persona inscrita en Medicare y Medi-Cal que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Ombudsman: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual para Miembros*.

Organización de revisión independiente (*Independent review organization, IRO*): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa la apelación de nivel 2. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. 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 (*Independent Review Entity*)**.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad de los cuidados de salud para las personas afiliadas a Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar los cuidados de salud brindados a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare) (*Original Medicare [traditional Medicare or fee-for-service Medicare]*): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos por el pago de los montos que determina el Congreso a los doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud.

- Puede acudir a cualquier doctores, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado (*Inpatient*): Un término utilizado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

Parte A de Medicare (*Medicare Part A*): El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, cuidado de salud domiciliario y cuidados de hospicio médicamente necesarios.



Si tiene preguntas, llame a IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.iehp.org.
228

Parte A (Part A): Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare (Medicare Part B): El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al doctor) 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 (Part B): Consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare (Medicare Part C): El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que las compañías de seguros de salud privadas brinden beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte C (Part C): Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare (Medicare Part D): El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. A este programa lo denominamos “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medi-Cal. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D (Part D): Consulte la “Parte D de Medicare”.

Plan de cuidado (Care plan): Consulte “Plan de Cuidados Individualizado”.

Plan de Cuidados Individualizado (Individualized Care Plan, ICP or Care Plan):

Un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud (Health plan): Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidado de salud para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para brindarle el cuidado de salud que necesita.

Planes de Medi-Cal (Medi-Cal Plans): Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y respaldos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

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 asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* se explica cómo comunicarse con HICAP.



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

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Programa de envío por correo (*Mail Order Program*): Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma con regularidad.

Programa de Planes de Atención Integral para Adultos Mayores (*Program for All-Inclusive Care for the Elderly Plans, PACE*): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidados para vivir en su hogar.

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.

Prótesis y Ortóticos (*Prosthetics and Orthotics*): Dispositivos médicos ordenados por su doctor u otro proveedor de cuidado de salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (*Primary Care Provider, PCP*): El doctor u otro proveedor que utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba los cuidados de salud que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y darle a usted un referido para ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo obtener cuidados de los proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red (*Network provider*): “Proveedor” es el término general que usamos para doctores, personal de enfermería, y otras personas que le brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios para el cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de cuidado de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.



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

- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red (*Out-of-network provider or Out-of-network facility*): Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad de, ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de su *Manual para Miembros* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja (*Complaint*): Una declaración escrita u oral en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o los cuidados de salud cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado de salud, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Queja formal (*Grievance*): Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado de salud o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Referencia (*Referral*): Una referencia es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para Miembros*.

Revisión médica independiente (*Independent Medical Review, IMR*): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos los medicamentos y suministros de DME, puede solicitar una IMR al Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de doctores que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es favorable para usted, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Salud del comportamiento (*Behavioral Health*): Término que incluye todo y que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (*Supplemental Security Income, SSI*): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios confidenciales (*Sensitive services*): Servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, cuidado de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Servicios cubiertos (*Covered services*): El término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta sin receta médica, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.



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

Servicios cubiertos por Medicare (*Medicare-covered services*): Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la parte B de Medicare.

Servicios de apoyo en el hogar (*In Home Supportive Services, IHSS*): El programa IHSS ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como hogares para adultos mayores o centros de pensión y atención. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través del IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como el cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran IHSS.

Servicios de rehabilitación (*Rehabilitation services*): Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios Excluidos (*Excluded Services*): Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios Opcionales para el Plan de Cuidado (Servicios CPO) (*Care Plan Optional Services [CPO Services]*): Servicios adicionales que son opcionales bajo su Plan de cuidados individualizado (ICP). Estos servicios no tienen el propósito de reemplazar los servicios y respaldos a largo plazo que está autorizado a recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) (*Community-Based Adult Services*): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Servicios para Miembros (*Member Services*): Un departamento en nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios y respaldos a largo plazo (*Long-Term Services and Supports, LTSS*): Los servicios y respaldos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que acudir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (*Low-Income Subsidy, LIS*): Consulte “Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada (*Step therapy*): Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.



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



DualChoice

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE IEHP DUALCHOICE



LLAME AL: 1-877-273-IEHP (4347)

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los Servicios para Miembros de IEHP DualChoice cuentan además con servicios gratuitos de un intérprete de idiomas, disponibles para quienes no hablan inglés.



TTY: 1-800-718-4347

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para quienes tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8am-8pm 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.



FAX: (909) 890-5877



ESCRIBA A: IEHP DualChoice

P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800



EMAIL: memberservices@iehp.org



SITIO WEB: www.iehp.org

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y DEFENSORÍA SOBRE EL SEGURO MÉDICO (HICAP) DE CALIFORNIA

El Programa de Asesoramiento y Defensoría sobre el Seguro Médico es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento sobre el seguro médico gratuito a los beneficiarios de Medicare.



CALL: (909) 256-8369



ESCRIBA A: 9121 Haven Ave., Suite 220, Rancho Cucamonga, CA 91739



SITIO WEB: <https://cahealthadvocates.org/hicap>