



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICONNECT PLAN

(Plan de Medicare-Medicaid)

## Manual del miembro 2021

Servicio al Cliente: **1-877-723-4795**

TTY: **711**

Lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_16002S Accepted

**ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL**

# ***Manual del miembro del Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid)***

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

## **Su cobertura de salud y medicamentos con el Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid)**

### ***Manual del miembro: introducción***

Este manual da información sobre su cobertura con el Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan hasta el 31 de diciembre de 2021. También explica los servicios de cuidado de la salud, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por el uso de sustancias), la cobertura de medicamentos de venta con receta, y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) lo ayudan a quedarse en casa en lugar de ir a un hogar para personas mayores o a un hospital. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) ofrece este Plan de Cal MediConnect. Cuando este *Manual del miembro* menciona “nosotros,” “nos” o “nuestro”, significa SCFHP. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa el Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：如果您说中文，您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795（TTY 用户请致电 711）与客户服务部联系。本电话免费。



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Չանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY: 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Չանգն անվճար է:

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ご注意: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前8時から午後8時までです。通話は無料です。

LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

! تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 (الهاتف النصي لضعاف السمع (771:TTY) من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. الاتصال مجاني.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย  
ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง  
20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ជូនចំពោះ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា  
សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។  
ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711)  
ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

โปรดทราบ: ถ้าท่านพูดภาษาลาว, มีການบໍລິການช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยบໍ่คิดค่าใช้จ่าย  
สำหรับท่าน. โทรหาศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711), วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
เวลา 8 โมงเช้า ถึง 8 โมงเย็น. โทรฟรี.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en audio, impreso con letra grande y/o braille. Llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

Puede hacer una solicitud permanente para recibir este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo. Mantendremos esta información en el archivo para futuros envíos. No necesita hacer una solicitud por separado cada vez. Para hacer o cambiar su solicitud llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP o envíe una solicitud por escrito a:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan

---

### Contenido

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro .....	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	21
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos .....	45
Capítulo 4: Cuadro de beneficios .....	67
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio a través del plan.....	124
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta de Medicare y Medi-Cal .....	145
Capítulo 7: Pedirnos que paguemos su parte de una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos .....	157
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades .....	164
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas).....	178
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect.....	240
Capítulo 11: Avisos legales.....	250
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes .....	269

### Renuncia de responsabilidades

- El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura bajo Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan califica como cobertura de salud llamada “cobertura mínima esencial”. Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de la responsabilidad compartida individual.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

---

### Introducción

Este capítulo incluye información sobre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y sobre su membresía. También le indica qué puede esperar y qué otra información obtendrá de Cal MediConnect de SCFHP. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Bienvenido al Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan .....	8
B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal.....	8
B1. Medicare.....	8
B2. Medi-Cal .....	9
C. Ventajas de este plan.....	9
D. Área de servicio del Plan de Cal MediConnect de SCFHP .....	11
E. ¿Qué hace que cumpla con los requisitos para ser miembro del plan? .....	13
F. Qué puede esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud .....	13
G. Equipo de cuidado y plan de atención .....	15
G1. Equipo de cuidado.....	15
G2. Plan de atención.....	15
H. Prima mensual del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.....	15
I. El <i>Manual del miembro</i> .....	16
J. Información adicional que recibirá de nosotros.....	16
J1. Su tarjeta de identificación como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.....	16
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	17
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	18

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



J4. Explicación de los beneficios.....	19
K. Cómo mantener su expediente de membresía actualizado .....	19
K1. Privacidad de su información personal de salud (PHI).....	20



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Bienvenido al Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP es un Plan de Cal MediConnect. Un plan de Cal MediConnect es una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de cuidado de salud conductual y otros proveedores. También tiene administradores de casos y equipos de cuidado quienes le ayudan a tener el control de todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajarán juntos para darle el cuidado que usted necesita.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP fue aprobado por el estado de California y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para prestarle servicios como parte de Cal MediConnect.

El Plan de Cal MediConnect es un programa de demostración administrado por el estado de California y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medi-Cal. De acuerdo con esta demostración, los gobiernos estatal y federal desean someter a prueba nuevos métodos para mejorar la manera como usted obtiene sus servicios de Medicare y Medi-Cal.

Gracias por elegir el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. SCFHP es un plan de salud local, público y sin fines de lucro que está dedicado a mejorar la salud y el bienestar de los residentes del condado de Santa Clara. Esperamos poder atenderle. Nuestro trabajo es asegurarnos de que nuestros miembros reciban servicios de cuidado de la salud de buena calidad. Nuestro compromiso con usted es trabajar constantemente para lograr este objetivo.

---

## B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años de edad en adelante;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid en California. Medi-Cal es administrado y pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. También cubre los servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado toma diferentes decisiones con respecto a lo siguiente:

- qué se considera como ingresos y recursos;
- ¿Quiénes reúnen los requisitos?
- los servicios que se cubren, y
- el costo de los servicios.

Cada estado puede decidir cómo funcionarán sus programas, siempre y cuando cumpla con los reglamentos federales.

Medicare y el estado de California aprobaron el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por medio de nuestro plan siempre y cuando:

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

Aun si nuestro plan se cancela en el futuro, no se verá afectada su elegibilidad para recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal.

---

## C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal a través del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Esto incluye los medicamentos de venta con receta. **Usted no tendrá que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de salud.**

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá coordinar con **un** plan de salud para cubrir **todas** sus necesidades relacionadas con el seguro de salud.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Tendrá a un equipo de cuidado de salud que usted ayudará a formar. Su equipo de cuidado de salud podría incluir a la persona encargada del cuidado, médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud y a usted.
- Usted tendrá acceso a un administrador de casos. Esta persona trabajará con usted, con Plan de Cal MediConnect de SCFHP y con su equipo de cuidado para preparar un plan de atención.
- Usted podrá controlar su propio cuidado de la salud con la ayuda de su equipo de cuidado y del administrador de casos.
- El equipo de cuidado y el administrador de casos trabajarán con usted para preparar un plan de atención médica diseñado específicamente para atender sus necesidades de salud. El equipo de cuidado ayudará a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  - Su equipo de cuidado se asegurará de informar a sus médicos sobre todos los medicamentos que usted toma para poder estar seguros de que está tomando los medicamentos correctos de manera que sus médicos puedan reducir los efectos secundarios que usted podría tener debido a los medicamentos.
  - Su equipo de cuidado se asegurará de que se compartan los resultados de sus exámenes con todos sus médicos y con otros proveedores, según se requiera.

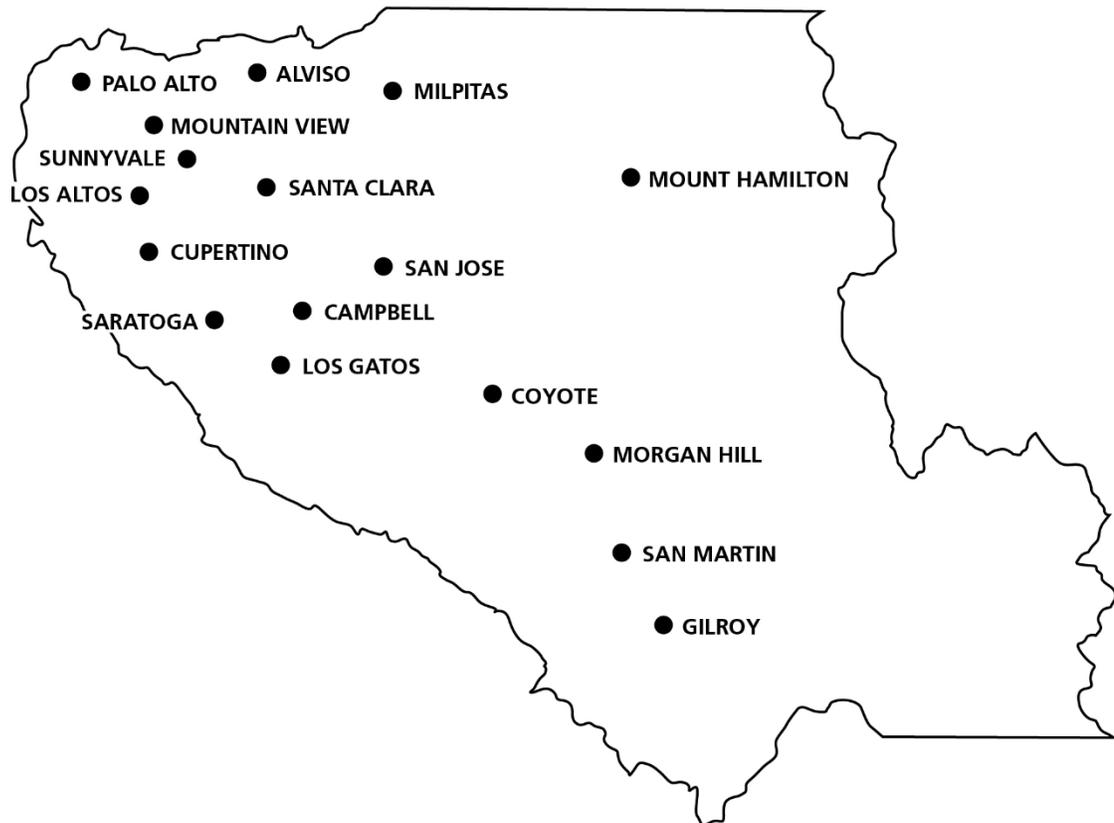
---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## D. Área de servicio del Plan de Cal MediConnect de SCFHP



Nuestra área de servicio es el condado de Santa Clara.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP es solo para personas que viven en nuestra área de servicio.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Si se muda fuera de nuestra área de servicio**, no podrá continuar en este plan. Consulte el Capítulo 8, sección I, página 177 para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio. Usted deberá comunicarse con el encargado de elegibilidad local del condado:

**Agencia de Servicios Sociales, condado de Santa Clara**

<b>LLAME AL</b>	1-877-96-BENEFITS (1-877-962-3633) o 1-408-758-4600 Disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	711
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.MyBenefitsCalWIN.org">www.MyBenefitsCalWIN.org</a> o <a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

**Centro de Asistencia de Solicitudes**

<b>LLAME AL</b>	1-408-758-3800
<b>TTY</b>	1-408-758-3822
<b>LUGAR</b>	1867 Senter Road San Jose, CA 95112
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

**Oficina del norte del condado**

<b>LLAME AL</b>	1-650-988-6200 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	1-408-278-2403
<b>LUGAR</b>	1330 W. Middlefield Road Mountain View, CA 94043
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Oficina del sur del condado

<b>LLAME AL</b>	1-408-758-3300 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	1-408-758-3475
<b>LUGAR</b>	379 Tomkins Court Gilroy, CA 95020
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/Pages/default.aspx</a>

---

## E. ¿Qué hace que cumpla con los requisitos para ser miembro del plan?

Usted cumple con los requisitos para ser miembro de nuestro plan, si:

- Vive en nuestra área de servicio; **y**
- Tiene 21 años o más en el momento de la inscripción; **y**
- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- Actualmente cumple con los requisitos para Medi-Cal, recibe beneficios completos de Medi-Cal y cubre cualquier costo compartido (SOC), **y**
- Es ciudadano estadounidense o vive legalmente en los Estados Unidos.

Podría haber reglas de elegibilidad adicionales en el condado en que usted vive. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

---

## F. Qué puede esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, usted obtiene una evaluación de riesgos de salud (Health risk assessment, HRA) durante los primeros 90 días calendario para los miembros de riesgo bajo o 45 días calendario para los miembros de riesgo alto.

Tenemos la obligación de hacerle una evaluación de riesgos de salud (HRA). Esta HRA es la base para desarrollar su Plan de atención individual (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar sus necesidades médicas, de LTSS, de salud conductual y funcionales.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nosotros nos comunicaremos con usted para realizar la HRA. La HRA se puede hacer en una visita en persona, por medio de una llamada telefónica o por correo.

Nosotros le enviaremos más información en relación con esta HRA.

**Si el Plan de Cal MediConnect de SCFHP es nuevo para usted**, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante cierto tiempo. Puede mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales en el momento de inscribirse hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos presentan una solicitud directa para seguir consultando a su proveedor actual.
- Nosotros podemos establecer que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o atención médica especializada, con algunas excepciones. Cuando nos referimos a una relación existente, significa que usted consultó a un proveedor fuera de la red por lo menos una vez por una consulta que no era de emergencia en los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en Plan de Cal MediConnect de SCFHP.
  - Determinaremos una relación existente cuando revisemos su información de salud que tengamos disponible o la información que usted nos brinde.
  - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Usted también puede pedirnos que tomemos una decisión con mayor rapidez y tendremos que responderle en 15 días.
  - Usted o su proveedor deben mostrar la documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

**Nota:** Esta solicitud **no** podrá hacerla para proveedores de equipo médico duradero (DME), transporte u otros servicios complementarios o para servicios que no están cubiertos por el Plan de Cal MediConnect.

Después de que termine el período de continuidad del cuidado, usted deberá consultar a los médicos y a otros proveedores de la red del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, sección B, página 45 para obtener más información sobre cómo recibir atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## G. Equipo de cuidado y plan de atención

### G1. Equipo de cuidado

¿Requiere ayuda para obtener la atención que necesita? Un equipo de cuidado le puede ayudar. Un equipo de cuidado puede incluir a su médico, a un administrador de casos o a otro profesional de la salud que usted elija.

Un administrador de casos es una persona que está capacitada para ayudarle a administrar la atención que usted necesita. Se le proporcionará un administrador de casos cuando se inscriba en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Esta persona también le referirá a los recursos comunitarios en caso de que Plan de Cal MediConnect de SCFHP no proporciona los servicios que usted necesita.

Para solicitar un equipo de cuidado, puede llamarnos al 1-877-590-8999, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

### G2. Plan de atención

Su equipo de cuidado trabajará con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les dice a usted y sus médicos cuáles son los servicios que usted necesita y cómo los obtendrá. Esto incluye sus necesidades médicas, de salud conductual y LTSS. Su plan de atención se preparará solo para usted y sus necesidades.

Su plan de atención incluirá:

- Sus metas de cuidado de la salud.
- Un plazo para cuándo debe obtener los servicios que necesita.

Después de su evaluación de riesgos de salud, su equipo de cuidado se reunirá con usted. Ellos hablarán sobre los servicios que necesita. También le pueden informar sobre servicios que sería conveniente obtener. Su plan de atención estará basado en sus necesidades. Su equipo de cuidado trabajará con usted para actualizar su plan de atención por lo menos una vez al año.

---

## H. Prima mensual del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

El plan de Cal MediConnect de SCFHP no tiene una prima mensual.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## I. El Manual del miembro

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir con todas las reglas incluidas en este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, página 178 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir un *Manual del miembro* llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede consultar o descargar el *Manual del miembro* en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Recibirá un aviso de disponibilidad del *Manual del miembro* antes del comienzo de cada año.

El contrato estará vigente durante los meses en los que usted esté inscrito en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

## J. Información adicional que recibirá de nosotros

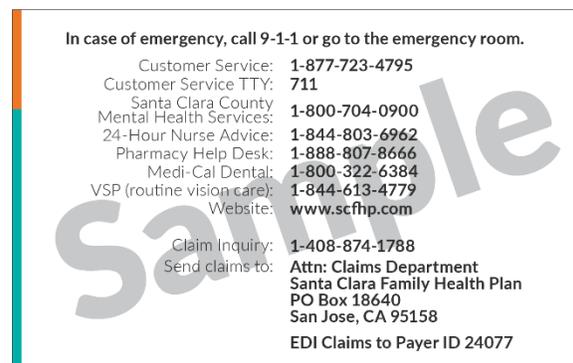
Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación del miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, una Lista de equipos médicos duraderos y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de identificación como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

Con nuestro plan, usted solo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal incluyendo servicios y respaldos a largo plazo, ciertos servicios de cuidado de la salud del comportamiento y medicamentos de venta con receta. Es necesario que muestre esta tarjeta para obtener los servicios o los medicamentos de venta con receta. Aquí incluimos una tarjeta de ejemplo para mostrarle cómo se verá la suya:



Frente



Reverso

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Si su tarjeta del Plan de Cal MediConnect está dañada, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva tarjeta. Puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener los servicios del Plan de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de identificación como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, es posible que el proveedor le facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, sección A, página 158 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesitará su tarjeta de Medi-Cal para tener acceso a los servicios de salud mental especializados que puede recibir por medio del plan de salud mental (MHP) del condado.

## **J2. Directorio de proveedores y farmacias**

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de la red del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la sección F, página 13).

Puede pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede consultar o descargar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

La información disponible en el directorio incluye nombre del proveedor, número de teléfono, dirección, especialidad, número de licencia, idiomas que habla y otra información pertinente.

### **Definición de proveedores de la red**

- Los proveedores de la red del Plan de Cal MediConnect de SCFHP incluyen los siguientes:
  - médicos, enfermeros y otros profesionales del 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



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- servicios y apoyo a largo plazo, servicios para la salud conductual, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros que proporcionan los bienes y los servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptaron recibir los pagos de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

### **Definición de farmacias de la red**

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar.
- Excepto en casos de emergencia, usted debe surtir sus medicamentos de venta con receta en las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para obtener más información. En Servicio al Cliente y en el sitio web del Plan de Cal MediConnect de SCFHP puede encontrar la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores y farmacias.

### **Lista de equipo médico duradero (DME)**

Con este *Manual del miembro*, le enviamos la Lista de equipo médico duradero del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. En esta lista encuentra las marcas y los fabricantes del DME que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Consulte el Capítulo 4, sección D, página 80 para obtener más información sobre el DME.

### **J3. Lista de medicamentos cubiertos**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le indica cuáles son los medicamentos de venta con receta que están cubiertos por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

La Lista de medicamentos le indica también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, tales como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, sección C, página 134 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Cada año, le enviaremos la información sobre cómo obtener acceso a la Lista de medicamentos, pero podría haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles son los medicamentos que están cubiertos, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) o llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

#### **J4. Explicación de los beneficios**

Cuando use sus beneficios de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a llevar un registro de los pagos hechos por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios (EOB)*.

La EOB lo informa de la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos de venta con receta de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de venta con receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, página 145, puede encontrar más información sobre la EOB y sobre cómo esta puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También tiene a su disposición la EOB cuando la pida. Para recibir una copia, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## **K. Cómo mantener su expediente de membresía actualizado**

Usted puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos usarán su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y los medicamentos que recibe y cuánto le costarán a usted.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, tal como de su empleador, del empleador de su cónyuge o de compensación de los trabajadores.
- Cualquier reclamo de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Admisión a un hogar para personas mayores o a un hospital.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Cuidados en un hospital o en una sala de emergencias.
- Cambio de la persona encargada del cuidado (o de la persona responsable de usted).
- Si usted participa o decide participar en un estudio de investigación clínica.

Si alguna información cambia, avísenos llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

### **K1. Privacidad de su información personal de salud (PHI)**

La información contenida en su expediente de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes estatales y federales nos exigen proteger la confidencialidad de su información personal de salud. Nos aseguramos de que su información personal de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, sección C, página 169.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le ofrece la información de contacto de recursos importantes que le podrán responder sus preguntas acerca del plan de Cal MediConnect de SCFHP y de sus beneficios de atención de la salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos y con otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Cómo comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.....	23
A1. Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente .....	23
B. Cómo comunicarse con su Administrador de casos .....	26
B1. Cuándo comunicarse con su administrador de casos .....	26
C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras .....	27
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejería de Enfermeros .....	28
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual.....	28
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis para la Salud Conductual .....	29
E. Cómo comunicarse con el Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP).....	29
E1. Cuándo comunicarse con HICAP .....	30
F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO).....	30
F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO.....	30
G. Cómo comunicarse con Medicare .....	31
H. Cómo comunicarse con Health Care Options de Medi-Cal.....	32
I. Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect.....	33



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

J. Cómo comunicarse con Servicios Sociales del condado.....	34
K. Cómo comunicarse con el Plan de salud mental especializado del condado .....	34
K1. Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado con respecto a: .....	34
L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California.....	35
M. Otros recursos .....	35

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## A. Cómo comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-723-4795. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Si llama fuera del horario normal de atención de Servicio al Cliente del plan, el Plan de Cal MediConnect de SCFHP tiene un sistema interactivo de respuesta de voz para su uso o puede dejar un mensaje de voz y le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil. Visite <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a> para obtener más información sobre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.</p> <p>Lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Attn: Customer Service Department Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a></p>

### A1. Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente

- Alguna pregunta sobre el plan
- Preguntas sobre los reclamos, facturación y tarjetas de identificación de miembro
- Preguntas sobre decisiones sobre cobertura del cuidado de la salud
  - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de la salud es una decisión sobre:
    - Sus beneficios y servicios cubiertos, ○
    - la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios de salud.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión de cobertura de su cuidado de la salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184.
- Apelaciones sobre su cuidado de la salud
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184.
- Quejas sobre el cuidado de la salud
  - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor de servicios de salud, incluyendo a un proveedor de la red o que no pertenece a la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que haya recibido, o bien puede presentarla a la Organización de Mejoramiento de la Calidad (consulte la sección F, página 30).
  - Puede llamarnos y explicar su queja. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de la salud, puede presentar una apelación (consulte la sección mencionada anteriormente).
  - Puede enviar a Medicare una queja sobre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede usar un formulario en línea en [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Usted puede presentar una queja sobre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP ante el Programa Ombuds de Cal MediConnect llamando al 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914) de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de la salud, consulte el Capítulo 9, página 178.
- Decisiones sobre cobertura de sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura de sus medicamentos es una decisión sobre:
    - Sus beneficios y medicamentos cubiertos, ○

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto aplica a sus medicamentos de la Parte D, a los medicamentos de venta con receta de Medi-Cal y a los medicamentos de venta libre (OTC) de Medi-Cal.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de venta con receta, consulte el Capítulo 9, sección F, página 204.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.
  - Si quiere presentar una apelación por una decisión de cobertura de cualquiera de sus medicamentos, comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. O bien visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) para descargar los formularios de quejas y apelaciones, y envíelos por correo a:  
  
Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta, consulte el Capítulo 9, página 178.
- Quejas relacionadas con sus medicamentos
  - Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos de venta con receta.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de venta con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección mencionada anteriormente).
  - Puede enviar a Medicare una queja sobre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede usar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de venta con receta, consulte el Capítulo 9, sección F, página 204.
- Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por su cuidado de la salud o medicamentos



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158 y sección B, página 160.
- Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, sección D, página 184 para obtener más información sobre las apelaciones.

## B. Cómo comunicarse con su Administrador de casos

Un administrador de casos es un profesional clínico u otra persona capacitada que le brinda servicios de coordinación de atención, especialmente durante las transiciones de la atención y al salir del hospital. Cuando se inscriba en Plan de Cal MediConnect de SCFHP, se analizarán sus necesidades de salud y se le proporcionará un administrador de casos para que pueda ayudarle. Puede comunicarse con la administración de casos por medio de los números que están a continuación. Para solicitar un cambio de administrador de casos, llame a la administración de casos del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

<b>LLAME AL</b>	1-877-590-8999. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. Lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
<b>ESCRIBA A</b>	Attn: Case Management Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>

### B1. Cuándo comunicarse con su administrador de casos

- Preguntas sobre el cuidado de la salud

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por el uso de sustancias)
- Preguntas sobre el transporte
- Preguntas sobre los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los LTSS incluyen Servicios comunitarios para adultos (CBAS), los Programas de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP) y los centros de enfermería (NF).

Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad para los LTSS, consulte Cómo obtener los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) en el Capítulo 3, sección E, página 55. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

En ocasiones podrá obtener ayuda para el cuidado de la salud diario y para sus necesidades diarias. Usted podría obtener los siguientes servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS)
- Programas de Servicios Multifuncionales para personas de la Tercera Edad (MSSP)
- Cuidados especializados de enfermería
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje
- Servicios médicos y sociales
- Atención médica en el hogar

---

## C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

Cuando ocurran esos cambios, cuando tenga preguntas o preocupaciones sobre el cuidado de la salud, llame a la Línea de consejería de enfermeras de SCFHP. Nuestros profesionales del cuidado de la salud con licencia pueden ayudarlo las 24 horas del día, los siete días de la semana. La Línea de consejería de enfermeras puede ayudarlo con:

- Instrucciones sobre cuidado personal en casa
- Qué hacer si necesita atención y si el consultorio del proveedor de cuidados de la salud está cerrado
- Asesoramiento sobre si debería obtener atención médica



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Cómo y dónde obtener atención médica
- Referencia a proveedores de telesalud

Por ejemplo, si usted no está seguro si su estado médico constituye una emergencia médica, Consejería de enfermeras lo puede ayudar a decidir si necesita servicios de emergencia o cuidado de urgencia.

En caso de emergencia, siempre llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-844-803-6962. Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, los siete días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.</p> <p>24 horas al día, los siete días de la semana.</p>

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejería de Enfermeros

- Preguntas sobre el cuidado de la salud.

---

## D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

Los servicios para situaciones de crisis y prevención del suicidio (Suicide and Crisis Services, SACS) del Departamento de Servicios para la Salud Conductual (Behavioral Health Services Department) del condado de Santa Clara proporcionan apoyo a las personas y familias que se encuentran en situaciones de crisis, que lidian con problemas de salud mental o de abuso de sustancias.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-278-4204. Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, los siete días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p>

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



	Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. 24 horas al día, los siete días de la semana
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx">www.sccgov.org/sites/bhd/Pages/home.aspx</a>

### D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis para la Salud Conductual

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Si tiene preguntas sobre la especialidad de servicios de salud mental en su condado, consulte el Capítulo 3, sección F, página 56.

---

## E. Cómo comunicarse con el Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a las personas que cuentan con Medicare. Los consejeros de HICAP podrán responder sus preguntas y ayudarle a entender lo que puede hacer para resolver su problema. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

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

<b>LLAME AL</b>	1-408-350-3200 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Sourcewise 3100 De La Cruz Blvd, Suite 310 Santa Clara, CA 95054
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## E1. Cuándo comunicarse con HICAP

- Preguntas sobre su Plan de Cal MediConnect y otras preguntas sobre Medicare
  - Los consejeros de HICAP podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan y podrán hacer lo siguiente:
    - ayudarle a comprender sus derechos;
    - ayudarle a entender las opciones de su plan;
    - ayudarle a presentar quejas sobre la atención médica o un tratamiento, y
    - ayudarle a resolver problemas con sus facturas.

---

## F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta Beneficiary and Family Centered Care (BFCC)-Organización de mejoramiento de la calidad (QIO). Este es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de la salud para personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO no está vinculado con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-877-588-1123 Disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO 10520 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livanta.com">www.livanta.com</a>

## F1. Cuándo comunicarse con Livanta BFCC-QIO

- Preguntas sobre el cuidado de la salud
  - Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si sucede lo siguiente:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- tiene un problema con la calidad del cuidado de la salud,
- cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, o
- cree que la atención médica en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializado o los servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatorio (CORF) terminarán demasiado pronto.

---

## G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas son gratuitas, 24 horas al día, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros médicos para diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” y luego haciendo clic en “Números de teléfono y sitios web”.</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:</p> <p><b>Buscador de planes de Medicare:</b> Aquí encuentra información personalizada sobre los planes de medicamentos de venta con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes”.</p> <p>Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarle con acceso a una para visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare al teléfono mencionado anteriormente y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## H. Cómo comunicarse con Health Care Options de Medi-Cal

Health Care Options de Medi-Cal podrá ayudarle si usted tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Cal MediConnect o si tiene otras preguntas sobre la inscripción.

<b>LLAME AL</b>	<p>1-844-580-7272</p> <p>Los representantes de Health Care Options atienden de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-430-7077</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



	Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>

## I. Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect

El Programa Ombuds de Cal MediConnect le proporciona un defensor que actúa en su nombre. El equipo del programa puede responder sus preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué hacer. En el Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect también pueden ayudarle a resolver problemas relacionados con los servicios o la facturación. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

<b>LLAME AL</b>	1-855-501-3077. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	1-855-847-7914 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Ombudsman Santa Clara County Bay Area Legal Aid 4 N. Second Street, Suite 600 San Jose, CA 95113
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthconsumer.org">www.healthconsumer.org</a>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## J. Cómo comunicarse con Servicios Sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios Sociales, comuníquese con el departamento local de Servicios Sociales del condado.

<b>LLAME AL</b>	1-408-755-7100 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>ESCRIBA A</b>	Social Services Agency Administration 353 West Julian Street San Jose, CA 95110
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/about_us/Pages/ssa_contacts.aspx</a>

## K. Cómo comunicarse con el 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 usted cumple con los criterios de necesidad médica.

<b>LLAME AL</b>	Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara 1-800-704-0900. Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

### K1. Comuníquese con el plan de salud mental especializado del condado con respecto a:

- Preguntas sobre los servicios para la salud conductual prestados por el condado.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## L. Cómo comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de Asistencia de DMHC le puede ayudar con las apelaciones y quejas que tenga en contra de su plan de salud por los servicios de Medi-Cal.

<b>LLAME AL</b>	1-888-466-2219  Los representantes de DMHC están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.
<b>TTY</b>	1-877-688-9891  Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth St, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>FAX</b>	1-916-255-5241
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

## M. Otros recursos

Los recursos comunitarios indicados a continuación se brindan como un servicio público. Su administrador de casos de SCFHP puede ayudarle a conectarse con estos servicios, como parte de su plan de atención. Nota: El SCFHP no es patrocinador de las organizaciones que se muestran aquí. Hay más recursos disponibles en nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### Alzheimer's Association del Norte de California

Alzheimer's Association brinda respuestas a preguntas sobre todos los aspectos de la enfermedad de Alzheimer, los recursos comunitarios que ayudan a las personas encargadas del cuidado y el apoyo emocional.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>LLAME AL</b>	1-800-272-3900, línea de asistencia telefónica. 1-408-372-9900, número principal. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	2290 N First St, Suite 101 San Jose, CA 95131
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.alz.org/norcal/">www.alz.org/norcal/</a>

### Asociación Estadounidense del Corazón (American Heart Association)

Ofrece recursos para diferentes enfermedades cardíacas, información sobre nutrición y sobre cómo llevar una vida saludable.

<b>LLAME AL</b>	1-510-903-4050
<b>ESCRIBA A</b>	426 17 <sup>th</sup> St, Ste 300 Oakland, CA 94612
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area">www.heart.org/en/affiliates/california/greater-bay-area</a>

### Aunt Bertha

Aunt Bertha es una red de atención social que conecta a las personas con los programas. La plataforma en línea hace que sea fácil encontrar servicios sociales en la comunidad mediante los códigos postales.

<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.auntbertha.com">www.scfhp.auntbertha.com</a>
------------------	------------------------------------------------------------------------

### Departamento de Rehabilitación de California, oficina del distrito de San Jose

Ofrece rehabilitación vocacional, capacitación y servicios de colocación laboral para personas con discapacidades.

<b>LLAME AL</b>	1-408-277-1355
<b>TTY</b>	1-844-729-2800

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



	Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	100 Paseo de San Antonio, Room 324 San Jose, CA 95113-1479
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>

### Departamento de Rehabilitación de California, filial de Gilroy

<b>LLAME AL</b>	1-408-848-1345
<b>TTY</b>	1-844-729-2800 Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	8060 Santa Teresa Blvd, Suite 200 Gilroy, CA 95020-3864
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>

### Departamento de Rehabilitación de California, filial del norte de San José

<b>LLAME AL</b>	1-669-207-0014
<b>TTY</b>	1-844-729-2800 Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	2160 Lundy Ave, Suite 115 San Jose, CA 95131
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dor.ca.gov">www.dor.ca.gov</a>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Línea Telefónica de Ayuda para Fumadores de California

Brinda asesoramiento y recursos para ayudar a los participantes a dejar de fumar.

<b>LLAME AL</b>	Inglés – 1-800-987-2908 Español – 1-800-456-6386 Mandarín/cantonés: 1-800-838-8917 Vietnamita: 1-800-778-8440
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.nobutts.org/">www.nobutts.org/</a>

## Family Caregiver Alliance (FCA)

FCA proporciona educación comunitaria y en línea a la persona encargada del cuidado y enlaces a recursos y grupos de apoyo.

<b>LLAME AL</b>	1-800-445-8106 o 1-415-434-3388
<b>ESCRIBA A</b>	101 Montgomery St, Suite 2150 San Francisco, CA 94104
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.caregiver.org">www.caregiver.org</a>

## Mercados de productos agrícolas

La mayoría de los mercados de productos agrícolas (farmers' markets) del condado de Santa Clara aceptan la tarjeta electrónica de beneficios (EBT) de CalFresh, que le permite comprar fácilmente en su vecindario frutas y verduras frescas cultivadas por productores locales. Si utiliza su tarjeta EBT de CalFresh en un mercado de productos agrícolas que participe en Market Match, puede duplicar su dinero y obtener hasta \$10 gratis por día.

<b>LLAME AL</b>	1-408-793-2700
<b>ESCRIBA A</b>	1775 Story Rd, Suite 120 San Jose, CA 95122
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx">www.sccgov.org/sites/phd/hi/heal/Pages/calfresh.aspx</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Friendship Line

Friendship Line es una línea telefónica certificada de ayuda en casos de crisis para personas mayores de 60 y adultos con discapacidades. Hace llamadas regulares de apoyo a adultos mayores solos.

<b>LLAME AL</b>	1-800-971-0016, línea gratis las 24 horas
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line">www.ioaging.org/services/all-inclusive-health-care/friendship-line</a>

## Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) del condado de Santa Clara

Un programa que le permite seleccionar a su proveedor de atención médica en el hogar si usted no puede permanecer en su hogar de manera segura sin asistencia. Los servicios de IHSS pueden incluir, pero no se limitan a: limpieza de la vivienda, preparación de los alimentos, lavado de ropa, compra de comestibles, atención personal, acompañamiento a citas médicas y otros servicios.

<b>LLAME AL</b>	1-408-792-1600. Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>ESCRIBA A</b>	1888 Senter Rd San Jose, CA 95112
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/other-services/ihss/Pages/ihss.aspx</a>

## Servicios preventivos para adultos del condado de Santa Clara

Servicios preventivos para adultos recibe e investiga denuncias por abuso o abandono relacionados con personas mayores (de 65 años de edad en adelante) o con adultos dependientes (de 18 a 64 años que, debido a discapacidades físicas o mentales, son incapaces de protegerse y defenderse por sí mismos).

<b>LLAME AL</b>	1-408-975-4900 o al 1-800-414-2002, línea para denuncias las 24 horas del día.
<b>ESCRIBA A</b>	333 W Julian St, 4th Floor San Jose, CA 95110



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx">www.sccgov.org/sites/da/prosecution/DistrictAttorneyDepartments/Pages/ElderDepAdultAbuseReporting.aspx</a>
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Línea directa para denuncia de fraudes relacionados con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP**

Si cree que algún proveedor de suministros o de servicios de cuidado de la salud ha cometido fraude, comuníquese con la Línea directa de denuncia de fraudes del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

<b>LLAME AL</b>	1-408-874-1450 Disponible las 24 horas al día, los siete días de la semana.
<b>TTY</b>	711 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Attn: Compliance Officer Santa Clara Family Health Plan PO Box 18880 San Jose, CA 95158
<b>FAX</b>	1-408-874-1970
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>

Para obtener más información sobre fraudes, desperdicios y abusos, consulte el Capítulo 11, sección G, página 263.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Second Harvest Food Bank (SHFB)

SHFB ofrece alimentos a personas necesitadas donde viven, aprenden y trabajan a través de una variedad de programas y servicios. Llame a SHFB para que lo conecten con recursos como alimentos gratuitos y el programa CalFresh. Food Connection es la línea directa gratuita de Second Harvest que ayuda a las personas que necesitan alimentos a encontrar los recursos en su vecindario. Miembros del personal multilingüe orientan a las personas que llaman hacia los programas locales de asistencia alimenticia.

<b>LLAME AL</b>	1-800-984-3663
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.shfb.org">www.shfb.org</a>

## Senior Adult Legal Assistance (SALA)

SALA ofrece asistencia legal y educación a través de una red de centros para personas mayores. Se especializan en beneficios públicos, atención médica a largo plazo, abuso de mayores, problemas de vivienda, planificación en caso de discapacidad, alternativas de validación testamentaria y testamentos simples.

<b>LLAME AL</b>	Oficina del centro: 1-408-295-5991 Oficina del norte: 1-650-969-8656 Oficina del sur: 1-408-847-7252 Lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
<b>ESCRIBA A</b>	1425 Koll Circle, Suite 109 San Jose, CA 95112
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sala.org">www.sala.org</a>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### Programa de Nutrición para Adultos Mayores: entrega de comida a domicilio (Meals on Wheels)

Se ofrecen comidas nutritivas a personas de la tercera edad que cumplan con los requisitos correspondientes (60 años de edad en adelante) en sitios de la comunidad ubicados en todo el condado y a través de los programas Meals on Wheels.

<b>LLAME AL</b>	Programa de Nutrición para Adultos Mayores (Senior Nutrition Program): 1-408-975-4860  Inscripción en Meals on Wheels: 1-408-350-3246
<b>ESCRIBA A</b>	333 W Julian St, 4th Floor San Jose, CA 95110
<b>FAX</b>	1-408-975-4830
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx">www.sccgov.org/sites/ssa/food-assistance/snp/Pages/meals_on_wheels.aspx</a>

### Silicon Valley Independent Living Center (SVILC)

Los programas principales de SVILC incluyen: capacitación para realizar las actividades cotidianas de manera independiente; información y referencias; orientación entre compañeros; mentoría y capacitación, y apoyo a sistemas y consumidores individuales. SVILC también ofrece servicios de tecnología asistencial; el Programa de transición de comunidad que ayuda a las personas a pasar de centros de enfermería a viviendas comunitarias, y asistencia con servicios de vivienda y asistencia personal (personal assistant, PA).

### Silicon Valley Independent Living Center (SVILC), oficina central

<b>LLAME AL</b>	1-408-894-9041
<b>TTY</b>	1-408-894-9012  Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	25 N. 14th St., Suite 1000 San Jose, CA 95112

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



<b>FAX</b>	1-408-894-9050
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>

### Silicon Valley Independent Living Center (SVILC), filial del sur del condado

<b>LLAME AL</b>	1-408-843-9100
<b>TTY</b>	1-408-894-9012 Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	7881 Church St, Suite C Gilroy, CA 95020
<b>FAX</b>	1-408-842-4791
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.svilc.org/">www.svilc.org/</a>

### Administración del seguro social

<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd Baltimore, MD 21235
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.socialsecurity.gov">www.socialsecurity.gov</a>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Sourcewise

Sourcewise funciona como la Agencia del Área para Personas Mayores. Sourcewise ofrece acceso a bases de datos amplias sobre recursos de la comunidad para los adultos mayores y las personas encargadas del cuidado a través de su centro de atención telefónica y del sitio web. También brinda servicios de concientización e información, un programa de empleo para adultos mayores, Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) y administración de la atención.

<b>LLAME AL</b>	1-408-350-3200 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar a ese servicio.
<b>ESCRIBA A</b>	3100 De La Cruz Blvd, Suite 310 Santa Clara, CA 95054
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:community@mysourcewise.com">community@mysourcewise.com</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mysourcewise.com">www.mysourcewise.com</a>

## Programa Meals on Wheels de The Health Trust

El programa Meals on Wheels de The Health Trust está al servicio de personas con discapacidades físicas, personas confinadas al hogar, ya sea porque son mayores, se están recuperando de una hospitalización reciente o tienen discapacidades que los limita a estar en silla de ruedas. Se entregan comidas calientes y nutritivas cinco días de la semana, junto con comidas congeladas para preparar durante el fin de semana. Los conductores también realizan controles diarios de bienestar.

<b>LLAME AL</b>	1-408-961-9870 o 1-800-505-3367
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:mow@healthtrust.org">mow@healthtrust.org</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://healthtrust.org/provider/food/">healthtrust.org/provider/food/</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo incluye reglas y términos específicos que debe conocer para obtener servicios de cuidado de la salud y otros servicios cubiertos del Plan Cal de MediConnect de SCFHP. También le brinda información acerca de su administrador de casos, le indica cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y en circunstancias especiales (como en el caso de proveedores o farmacias fuera de la red), y le dice qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan y cuáles son las reglas para adquirir equipo médico duradero (DME). Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” .....	47
B. Reglas para obtener servicios de cuidado de la salud, servicios para la salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan.....	47
C. Información sobre su administrador de casos .....	49
C1. Qué es un administrador de casos .....	49
C2. Cómo comunicarse con su administrador de casos .....	49
C3. Cómo puede cambiar su administrador de casos .....	50
D. Atención médica de su proveedor de atención primaria, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red .....	50
D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria .....	50
D2. Atención médica de especialistas y de otros proveedores de la red .....	53
D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan .....	53
D4. Cómo obtener la atención médica de proveedores fuera de la red .....	54
E. Cómo obtener los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	55



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

F.	Cómo obtener servicios para la salud conductual (salud mental y trastornos por el abuso de sustancias).....	56
	F1. ¿Qué servicios para la salud conductual de Medi-Cal se brindan fuera del Plan de Cal MediConnect de SCFHP a través del Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara?.....	56
G.	Cómo obtener servicios de transporte .....	57
H.	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita atención con urgencia o durante un desastre.....	58
	H1. Atención médica cuando tiene una emergencia médica .....	58
	H2. Cuidado necesario de urgencia;.....	59
	H3. Atención médica durante un desastre .....	60
I.	Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan .....	60
	I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	61
J.	Cobertura de servicios de cuidado de la salud cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	61
	J1. Definición de estudio de investigación clínica .....	61
	J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	62
	J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	63
K.	Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud .....	63
	K1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud .....	63
	K2. Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud.....	63
L.	Equipo médico duradero.....	64
	L1. DME como miembro de nuestro plan .....	64
	L2. Propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage.....	65
	L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan: .....	65
	L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage.....	66

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Servicios incluyen el cuidado de la salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los servicios para la salud conductual, los medicamentos de venta con receta y de venta libre (OTC), el equipo y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado de la salud, salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo se indican en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, sección D, página 71.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que le brindan servicios y cuidado. El término proveedores también incluye los hospitales, las agencias de cuidados de la salud en el hogar, las clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de la salud, los servicios para la salud conductual, el equipo médico y ciertos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos envían las facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando utiliza a un proveedor de la red, por lo general usted no debe pagar nada por los servicios cubiertos.

---

## B. Reglas para obtener servicios de cuidado de la salud, servicios para la salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye los servicios para la salud conductual y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP pagará los servicios del cuidado de la salud, los servicios para la salud conductual y los LTSS que usted reciba si usted cumple con las reglas del plan. Para que los servicios estén cubiertos por nuestro plan deben cumplir con lo siguiente:

- La atención médica que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en el Cuadro de beneficios del plan. (El cuadro está en el Capítulo 4, sección D, página 71 de este manual).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Son médicamente necesarios los servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención médica que prevenga que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas mayores. Esto también significa los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un proveedor de la red que haya ordenado la atención médica. Como miembro del plan, usted debe elegir a un proveedor de la red como su **proveedor de atención primaria (PCP)**.
  - En algunas situaciones, su PCP debe derivarlo a otros proveedores de la red del plan para que usted pueda atenderse con esos proveedores. Esto se llama una **referencia**. Si usted no obtiene una referencia, es posible que Plan de Cal MediConnect de SCFHP no cubra los servicios. Para algunos especialistas, como los especialistas en salud femenina, usted no necesita una derivación. Para obtener más información sobre las referencias, consulte la página 52.
  - Usted no necesita obtener una referencia de su PCP para el cuidado de emergencia o el cuidado necesario de urgencia o para consultar a un proveedor de salud para mujeres. Usted puede recibir otros tipos de cuidados sin tener una referencia de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 52.
  - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 51.
- **Usted debe recibir la atención médica de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención médica de proveedores que no trabajen con el plan de salud. En los siguientes casos no se aplica esta regla:
  - El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la sección H, página 58.
  - Si necesita atención médica cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se la pueden dar, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. En algunos casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que usted pueda recibir algunos servicios. Esto se llama una **autorización previa**. Además, debe obtener autorización por parte de SCFHP antes de buscar atención médica fuera de la red del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. En ese caso, cubriremos la atención médica sin

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la sección D, página 54. Para obtener más información sobre qué servicios necesitan autorización previa, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 71.
- El plan cubre los servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  - Al inscribirse por primera vez en el plan, puede solicitar seguir consultando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, tenemos la obligación de aprobar esta solicitud si podemos determinar que usted tenía una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1, sección F, página 13). Si aprobamos su solicitud, puede continuar consultando a los proveedores que ha visto hasta ahora durante un período hasta de 12 meses para los servicios. Durante dicho tiempo, su administrador de casos se comunicará con usted para ayudarlo a buscar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, no cubriremos más su atención médica si continúa consultando a proveedores que no están en nuestra red.
  - Puede que se dé continuidad del cuidado para los servicios que actualmente recibe de un médico. Si obtiene servicios de un proveedor complementario (tal como equipo médico duradero, suministros médicos o para la incontinencia para Medicare o Medi-Cal), es posible que SCFHP lo transfiera con un proveedor de la red.

---

## C. Información sobre su administrador de casos

### C1. Qué es un administrador de casos

Un administrador de casos es un profesional clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan a fin de brindarle servicios de coordinación de la atención, especialmente durante las transiciones de la atención y al salir del hospital.

### C2. Cómo comunicarse con su administrador de casos

Puede comunicarse con la Administración de Casos llamando al 1-877-590-8999 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### **C3. Cómo puede cambiar su administrador de casos**

Para solicitar un cambio de administrador de casos, comuníquese con el área de administración de casos llamando al 1-877-590-8999, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

---

## **D. Atención médica de su proveedor de atención primaria, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red**

### **D1. Atención médica de un proveedor de atención primaria**

Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) que se encargue de proporcionarle la atención médica.

#### **Definición de “PCP” y qué hace un PCP por usted**

Su PCP es el proveedor que se encarga de usted y es la primera persona a quien usted consulta cuando necesita atención médica, a menos que sea una emergencia. Usted obtendrá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, que incluyen:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos que son especialistas
- Admisiones en el hospital
- Atención de seguimiento

En algunos casos, es posible que su PCP necesite la autorización previa (aprobación previa) de SCFHP para ciertos servicios.

Usted puede elegir a un PCP que sea:

- Médico especialista en medicina familiar (por lo general trata a todas las edades)
- Obstetra/Ginecólogo (OB/GIN) (trata a mujeres) que también brinda atención primaria
- Médico especialista en medicina interna general (trata a adultos)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Una clínica, incluso los centros de salud con acreditación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), las clínicas comunitarias o un establecimiento de servicio de salud indígena en el condado de Santa Clara

Es posible que un especialista sea su PCP. Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Puede elegir a un especialista para que sea su PCP si ese médico está incluido en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Los servicios de PCP también los puede recibir de un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA), o una enfermera partera con licencia (CNM). El NP, el PA o la CNM deben trabajar en el consultorio de su PCP y estar bajo la supervisión de su PCP. Si está embarazada o planea quedar embarazada, también tiene derecho a seleccionar a una enfermera partera con licencia (CNM) fuera del plan.

### Elección de su PCP

Usted puede elegir a cualquier PCP que esté en nuestra red y acepte nuevos miembros. Use la herramienta de búsqueda “Find a Doctor” (Buscar un médico) de SCFHP o el *Directorio de proveedores y farmacias* del Plan de Cal MediConnect de SCFHP en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) para obtener una lista de proveedores de la red de SCFHP. Cuando elija a un PCP, es posible que quiera elegir a un proveedor:

- a quien consulta ahora;
- que le recomendó alguien de confianza;
- que habla su idioma,
- cuyo consultorio sea fácil de llegar para usted.

Si le gustaría recibir información adicional sobre un proveedor, por ejemplo, en dónde hizo su residencia, comuníquese con Servicio al Cliente. Servicio al Cliente puede darle la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red.

También puede obtener más información sobre un proveedor aquí:

- Facultad de medicina a la que asistió y otras calificaciones profesionales: Visite el servicio en línea BreEZe del Departamento de Asuntos del Consumidor de California (DCA) en [www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do](http://www.breeze.ca.gov/datamart/loginCADCA.do).
- Certificación del colegio de médicos: Visite Certification Matters de la Junta Americana de Especialidades Médicas en [www.certificationmatters.org](http://www.certificationmatters.org).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Para elegir un PCP, regístrese en el portal para miembros mySCFHP en [www.member.scfhp.com](http://www.member.scfhp.com). Si no selecciona a un PCP, SCFHP elegirá uno por usted y se lo comunicará. Si necesita ayuda para elegir a un PCP, llame al Servicio al Cliente y un representante lo ayudará.

### **Opción de cambiar de PCP**

Usted puede cambiar a su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar a un nuevo PCP que forma parte de nuestra red.

Si podemos hacer el cambio de PCP que desea, en la mayoría de los casos el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si nos pide cambiar a su PCP en febrero, en la mayoría de casos podrá visitar a su nuevo PCP el 1 de marzo.

### **Servicios que puede recibir sin una aprobación previa de su PCP**

En la mayoría de los casos, necesitará aprobación de su PCP antes de ver a otros prestadores. A esta aprobación se le llama una **referencia**. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin que tenga que recibir primero una aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de parte de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de urgencia de parte de proveedores de la red.
- Cuidado necesario de urgencia de parte de proveedores fuera de la red cuando usted no puede llegar con los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Comuníquese con Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras se encuentre lejos).
- Inyecciones contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y las vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y del cuidado de la salud de las mujeres de rutina. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de diagnóstico (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes de la pelvis, siempre y cuando se los haga con un proveedor de la red.
- Además, si usted cumple con los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede consultar a estos proveedores sin una derivación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

Un especialista es un médico que proporciona el cuidado de la salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los Oncólogos cuidan de los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Es posible que su PCP le envíe con especialistas o con otros proveedores de cuidados de la salud si necesita servicios que su PCP no pueda brindarle. Para algunos tipos de servicios o medicamentos de venta con receta, o para atenderse con un proveedor fuera de la red, es posible que su PCP, especialista u otro proveedor necesiten la aprobación previa de SCFHP. Esto se llama obtener **autorización previa**. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre cuáles son los servicios que necesitan la autorización previa.

Si el especialista quiere que usted regrese para recibir más atención médica, verifique primero que la autorización previa que obtiene para la primera visita cubra más visitas al especialista.

## D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

Existe la posibilidad de que un proveedor de la red que usted utiliza se retire de nuestro plan. Si uno de sus proveedores se retira de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible para darle un aviso con un mínimo de 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su cuidado no está siendo manejado adecuadamente, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

SCFHP puede ayudarle a continuar recibiendo la atención médica o a completarla con su PCP actual durante un período determinado. Estos arreglos especiales se aplican a cualquiera de las condiciones médicas de abajo:

- Una condición médica aguda
- Una condición médica crónica grave
- Una operación quirúrgica u otro procedimiento médico
- un embarazo, que incluye la atención médica posparto, o
- una enfermedad terminal.

Debe comunicarle a SCFHP que desea que el proveedor continúe brindando los servicios y que los complete. Si el proveedor y el SCFHP no logran acordar los términos de pago u otros términos para ofrecer atención, el SCFHP no tiene la obligación de pagar los servicios. En ese caso, si aún desea los servicios, usted será responsable de pagarle al proveedor.

Si se entera que uno de nuestros proveedores abandona nuestro plan, contáctenos para que lo ayudemos a encontrar uno nuevo y a gestionar su atención. Llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

#### **D4. Cómo obtener la atención médica de proveedores fuera de la red**

Si los servicios especializados médicamente necesarios no están disponibles con un proveedor en la red del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, es posible obtener estos servicios de un proveedor fuera de la red. Su PCP es responsable de presentar la solicitud de autorización previa para los servicios fuera de la red.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá cumplir con los requisitos para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a proveedores que no cumplan con los requisitos para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si consulta a un proveedor que no cumple con los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## E. Cómo obtener los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) constan de Servicios comunitarios para adultos (CBAS), el Programa de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP) y los servicios en centros de enfermería (NF). Los servicios se pueden prestar en su hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación describimos los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios comunitarios para adultos (CBAS):** programa de servicios en centros para pacientes ambulatorios que proporciona cuidados especializados de enfermería, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia o la persona encargada del cuidado, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad correspondientes.
- **Programa de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP):** un programa específico de California que brinda servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para personas mayores con salud delicada que se pueden certificar para colocarlos en un centro de enfermería, pero que desean quedarse en la comunidad.
  - Para este programa pueden calificar las personas que cumplen con los requisitos de Medi-Cal y tienen 65 años de edad o más con discapacidades. Este programa es una alternativa a ingresar en un centro de enfermería.
  - Los servicios de MSSP pueden incluir, pero no se limitan a: centro de cuidado de día para adultos o centro de apoyo, asistencia en la vivienda tal como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia, asistencia para tareas domésticas y cuidado personal, supervisión protectora, administración de la atención y otro tipo de servicios.
- **Centro de enfermería (NF):** un centro que ofrece atención a personas que no pueden vivir solas en su casa, pero no necesitan estar en un hospital.

Su administrador de casos le ayudará a entender cada programa. Para obtener más información sobre cualquiera de estos programas, comuníquese con la Administración de Casos del Plan de Cal MediConnect de SCFHP llamando al 1-877-590-8999 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## F. Cómo obtener servicios para la salud conductual (salud mental y trastornos por el abuso de sustancias)

Usted tendrá acceso a los servicios para la salud conductual de salud médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP provee acceso a los servicios para la salud conductual cubiertos por Medicare. Los servicios para la salud conductual cubiertos por Medi-Cal no los presta el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, pero estarán disponibles por medio del Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara para los miembros del Plan de Cal MediConnect de SCFHP que cumplan con los requisitos.

### F1. ¿Qué servicios para la salud conductual de Medi-Cal se brindan fuera del Plan de Cal MediConnect de SCFHP a través del Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara?

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si usted cumple con los criterios médicamente necesarios para recibir los servicios de salud mental de Medi-Cal. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que presta el Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara incluyen:

- Servicios de salud mental (evaluación, tratamiento, rehabilitación y desarrollo del plan)
- Servicios de soporte de medicamentos
- Tratamiento intensivo diurno
- Rehabilitación diurna
- Intervención de crisis
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en caso de crisis
- Servicios en centro de salud psiquiátrica
- Servicios de hospital como paciente psiquiátrico hospitalizado
- Administración de casos específicos

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Los servicios de Drug Medi-Cal (programa de tratamiento por drogas de Medi-Cal) están disponibles a través del Departamento de Servicios de Alcohol y Drogas del condado de Santa Clara si usted cumple con los requisitos de necesidad médica de Drug Medi-Cal. Los servicios de Drug Medi-Cal proporcionados por el Departamento de Servicios de Alcohol y Drogas del condado de Santa Clara incluyen:

- Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Servicios de tratamiento residencial
- Servicios para pacientes ambulatorios para dejar de consumir drogas
- Servicios de tratamiento por estupefacientes
- Servicios de naltrexona para la dependencia a opio

Además de los servicios de Drug Medi-Cal mencionados arriba, es posible que tenga acceso a los servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios de necesidad médica.

No necesita autorización previa para los servicios para la salud conductual. Si cumple con los criterios de necesidad médica para obtener los servicios de salud mental especializados con el Departamento de Servicios para la Salud Conductual del condado de Santa Clara o los servicios de Drug Medi-Cal con el Departamento de Servicios de Alcohol y Drogas del condado de Santa Clara, el Plan de Cal MediConnect de SCFHP conectará y coordinará su atención con la agencia apropiada. Para obtener acceso al Departamento de Servicios sobre Consumo de Alcohol y Drogas (DADS) del condado de Santa Clara, llame a la admisión del Programa Gateway al 1-800-488-9919.

---

## G. Cómo obtener servicios de transporte

El transporte médico en casos que no sean de emergencia (NEMT) requiere que se complete un formulario de declaración de la certificación del médico (PCS) para determinar el nivel apropiado de servicio. Su médico tratante debe completar este formulario antes de que se proporcionen o hagan los arreglos para los servicios. El NEMT debe ser aprobado previamente por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y se debe coordinar por lo menos cinco días hábiles antes de su cita programada.

El transporte no médico (non-medical transportation, NMT) requiere que usted proporcione una certificación en persona, de forma electrónica o por teléfono, indicando que usted no tiene otros recursos de transporte. El NMT debe ser aprobado previamente por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y se debe coordinar por lo menos tres días hábiles antes de su cita programada.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Para coordinar el NEMT o NMT, inicie sesión en el portal para miembros mySCFHP o comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## H. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita atención con urgencia o durante un desastre

### H1. Atención médica cuando tiene una emergencia médica

#### Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es un estado médico con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. El estado médico es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicamentos podría esperar que ocurra lo siguiente:

- Riesgo grave para su salud o la de su hijo que no ha nacido; o
- Daños graves a las funciones del cuerpo,
- Disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, o
- en el caso de una mujer embarazada que está en trabajo de parto, cuando:
  - no hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes de dar a luz,
  - un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para la salud o seguridad suya o del bebé que no ha nacido.

#### Qué hacer en caso de tener una emergencia médica

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. Usted no tiene que obtener primero una aprobación o referencia de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar a su plan acerca de su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento al cuidado de emergencia. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar los servicios de emergencia porque se haya retrasado en informarnos. Informe a SCFHP de su emergencia llamando al 1-877-723-4795

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



(TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede encontrar información de contacto en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

### **Servicios cubiertos en una emergencia médica**

Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios que está en el Capítulo 4, sección D, página 82.

Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar su mejoría. Nosotros cubriremos su cuidado de seguimiento. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red lo más pronto posible para que se hagan cargo de su cuidado.

### **Cuidado de emergencia cuando no se trata de una emergencia**

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Usted podría acudir para recibir atención de emergencia, pero el médico podría determinar que no era realmente una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos el cuidado.

No obstante, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos el cuidado adicional, solo si:

- Usted consulta con un proveedor de la red, o
- el cuidado que recibe se considera “cuidado necesario de urgencia” y usted cumple con las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## **H2. Cuidado necesario de urgencia;**

### **Definición de cuidado necesario de urgencia**

El cuidado necesario de urgencia es la atención médica que se recibe para tratar una enfermedad, lesión o estado médico repentino que no es una emergencia, pero que requiere de atención inmediata. Por ejemplo, un estado médico existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

### **Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan**

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

- Recibe este cuidado de salud de un proveedor de la red, y



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- usted cumple con las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede consultar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que tiene un problema médico de urgencia, llame a la Línea de consejería de enfermeras al 1-844-803-6962 (TTY: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana. La Línea de Consejería de Enfermeros puede decirle cómo y dónde conseguir atención médica.

### **Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan**

Cuando está fuera del área de servicio del plan, es posible que usted no pueda obtener la atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia ni ninguna otra atención que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

### **H3. Atención médica 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 declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, todavía tiene derecho de recibir la atención médica de Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener atención durante un desastre declarado: [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre declarado, le permitiremos obtener la atención médica de proveedores fuera de la red sin ningún costo. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos de venta con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, sección A, página 127 para obtener más información.

---

## **I. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan**

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

**Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Si pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, página 158 para saber qué hacer.

## **I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan**

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios; **y**
- que figuren en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, sección D, a partir de la página 71); **y**
- que usted reciba de acuerdo con las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted tendrá que pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho de preguntarnos. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decidimos que no pagaremos esos servicios, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, página 178, se explica qué debe hacer si quiere que nosotros cubramos un artículo o servicio médico. También le dice cómo apelar nuestra decisión sobre cobertura. Además, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información acerca de sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

---

## **J. Cobertura de servicios de cuidado de la salud cuando participa en un estudio de investigación clínica**

### **J1. Definición de estudio de investigación clínica**

Un estudio de investigación clínica (conocido también como estudio clínico) es una de las formas como los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si funciona una forma nueva de cuidado de la salud o medicamento y si es segura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Después de que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le hablará sobre el estudio y decidirá si usted cumple con los requisitos para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que usted debe hacer para el estudio.

Mientras está en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera sigue obteniendo la atención médica de nuestro plan que no está relacionada 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 atención primaria. Los proveedores que le proporcionen el cuidado de salud como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red.

**Sin embargo, usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de casos se deben comunicar con el área de Servicio al Cliente para informarnos que estará en un estudio clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio al igual que los costos de rutina relacionados con su atención médica. Después de iniciar su participación en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sean parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar los costos de estar en el estudio.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### **J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica**

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (Medicare y los estudios de investigación clínica) ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://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 al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud**

### **K1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud**

Una institución religiosa no médica para cuidado de la salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente no obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para cuidado de la salud.

Usted puede elegir recibir el cuidado de la salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente hospitalizado de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de la salud no médico). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médico proporcionados por instituciones religiosas no médicas para cuidado de la salud.

### **K2. Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud**

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

- Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado que sea voluntario y no requerido por la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que no sea voluntario y que sea requerido de conformidad con la ley federal, estatal o local.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica para cuidado de la salud, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
- Si usted obtiene servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
  - Usted debe tener un estado médico que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  - Deberá obtener nuestra aprobación antes de ser internado en la institución o su estadía no estará cubierta.

Se aplicarán los límites de cobertura de hospitalización de Medicare. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, sección D, a partir de la página 71.

---

## L. Equipo médico duradero

### L1. DME como miembro de nuestro plan

“Equipo médico duradero (DME)” se refiere determinados artículos que ordena un proveedor para que usted utilice en su hogar. Entre los ejemplos de estos artículos están las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas eléctricos para colchones, los suministros para la diabetes, las camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en el hogar, las bombas de infusión intravenosa (IV), los dispositivos generadores del habla, los suministros y equipos de oxígeno, los nebulizadores y los andadores.

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

En esta sección tratamos el DME que usted debe alquilar. Como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, por lo general, el DME no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

En determinadas situaciones, le transferiremos a usted la propiedad del artículo DME. Esto se determinará en el momento de la autorización, y estará basado en si es médicamente necesario que sea el propietario del DME. En ciertas situaciones, como las sillas de ruedas o las férulas personalizadas, el Plan de Cal MediConnect de SCFHP transferirá la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicio al Cliente para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## L2. Propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, algunos tipos de DME pasan a ser propiedad de las personas que los alquilan después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de que pasen a ser de su propiedad.

**Nota:** Puede encontrar definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre estos planes en el manual *Medicare y usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original, o bien tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, para ser propietario del artículo de DME si:

- No se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan **y**
- Usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o el plan Medicare Advantage.

Si hizo los pagos por el artículo DME conforme a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos hechos a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no contarán para los pagos que debe realizar antes de retirarse de nuestro plan.**

- Usted tendrá que hacer nuevamente 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o los pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

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

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Tubos y accesorios similares para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Debe devolver el equipo de oxígeno al dueño cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si se va de nuestro plan.

#### **L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage**

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y usted **se va de nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquilará de un proveedor por 36 meses. Los pagos de alquiler mensuales cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados arriba.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de haberlo alquilado por 36 meses**:

- su proveedor debe darle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- su proveedor debe darle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **cuando termine el período de 5 años**:

- su proveedor ya no tiene que darle el equipo, y usted puede elegir recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- lo alquilará de un proveedor por 36 meses;
- su proveedor debe darle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- comenzará un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted se vaya de nuestro plan y se cambie a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que Medicare Original cubre. Puede consultar con el plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Capítulo 4: Cuadro de beneficios

---

### Introducción

En este capítulo, se explica cuáles son los servicios que cubre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y las restricciones o límites de esos servicios. También se explican los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Servicios cubiertos.....	68
B. Reglas que prohíben que los proveedores le cobren a usted por los servicios que le brindan .....	68
C. Cuadro de beneficios de nuestro plan .....	68
D. Cuadro de beneficios.....	71
E. Beneficios cubiertos fuera del Plan de Cal MediConnect de SCFHP .....	118
E1. California Community Transitions (CCT) .....	118
E2. Programa Dental de Medi-Cal .....	119
E3. Cuidados paliativos .....	120
F. Beneficios que no cubre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, Medicare o Medi-Cal .....	121



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles son los servicios que paga el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. También podrá conocer cuáles son los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5, página 124. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Debido a que usted recibe asistencia de Medi-Cal, usted no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, sección B, página 47 para obtener información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender cuáles son los servicios que están cubiertos, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

## B. Reglas que prohíben que los proveedores le cobren a usted por los servicios que le brindan

No permitimos que los proveedores del Plan de Cal MediConnect de SCFHP le cobren los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio.

**Un proveedor no le debe enviar nunca una factura por servicios cubiertos.** Si eso sucede, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158 o llame a Servicio al Cliente.

---

## C. Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios le indica cuáles son los servicios que paga el plan. Allí encontrará las categorías de los servicios en orden alfabético y la explicación de los servicios cubiertos.

**Pagaremos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** Usted no pagará nada por los servicios indicados en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Los servicios (que incluyen el cuidado médico, los servicios de salud conductual y consumo de sustancias, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Son médicamente necesarios los servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención médica que prevenga que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas mayores. Esto también significa los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. Un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o aliviar dolores intensos.
- Usted recibe el cuidado de la salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos por el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, sección D, página 50 encontrará más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra el cuidado de su salud. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar su aprobación para que usted pueda atenderse con alguien que no sea su PCP o con otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una referencia. En el Capítulo 3, sección B, página 52 encontrará más información sobre cómo obtener una referencia y sobre cuándo no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios anotados en el Cuadro de beneficios estarán cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios por una nota al pie de página. Además, debe obtener una autorización previa para los siguientes servicios que no están incluidos en el cuadro de beneficios:
  - crema y pañales para incontinencia,
  - abdominoplastia,
  - cirugía bariátrica,
  - blefaroplastia,
  - reducción y aumento de los senos,
  - implante auditivo coclear,
  - cirugía dental,
  - procedimientos dermatológicos (tratamiento con láser, implantes e inyecciones en la piel),
  - servicios/procedimientos de investigación/experimentales y nuevas tecnologías,
  - cirugía nasal y sinusal,



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- rinoplastia,
  - septoplastia,
  - estimulador de nervios y columna vertebral,
  - procedimientos ortognáticos (incluyendo el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular [TMJ]),
  - paniclectomía,
  - procedimientos reconstructivos con cirugía plástica,
  - cirugía de columna vertebral,
  - radiocirugía estereotáctica y radioterapia estereotáctica del cuerpo,
  - Cirugía para la apnea obstructiva del sueño,
  - tratamiento de venas varicosas,
  - rehabilitación cardíaca y pulmonar,
  - pruebas genéticas y asesoramiento,
  - terapia con oxígeno hiperbárico,
  - servicios relacionados con trasplantes (excepto el trasplante de córnea) previo a la evaluación,
  - servicios para personas transexuales.
- Todos los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.
  - Los servicios opcionales del plan de atención (CPO) pueden estar disponibles en su Plan de atención individualizado. Estos servicios le dan más ayuda en casa, como comidas, ayuda para usted o persona encargada del cuidado, o barras de apoyo para la ducha y rampas. Estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente, pero **no** reemplazan los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que está autorizado a obtener con Medi-Cal. Los ejemplos de servicios de CPO que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP ha ofrecido en el pasado incluyen: cuidado personal interino y eliminación de plagas. Si necesita ayuda o desea saber cómo pueden ayudarlo los servicios de CPO, comuníquese con su administrador de casos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## D. Cuadro de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Pagaremos un ultrasonido una sola vez para las personas que están en riesgo. El plan cubre esta prueba de detección únicamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>Pagaremos hasta 2 servicios como paciente ambulatorio al mes por año calendario, o más si son médicamente necesarios.</p> <p>No es reembolsable cuando se factura como un servicio de emergencia o de paciente hospitalizado. Se debe usar para tratar un estado médico que también esté cubierto bajo otras modalidades. Está cubierto cuando lo proporciona un médico, dentista, podólogo y acupunturista.</p> <p>Esta es una alternativa de manejo del dolor sin opioides.</p> <p>También pagaremos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 12 semanas o más de duración;</li> <li>• no específico (que no tenga una causa sistémica que se pueda identificar, como una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no asociado con una cirugía; y</li> <li>• no asociado con un embarazo.</li> </ul> <p>Además, pagaremos 8 sesiones más de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda si muestra una mejora. No podrá recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda se suspenderán si su situación no mejora o empeora.</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera autorización previa para recibir más de 2 servicios al mes, para las mujeres embarazadas o para los miembros que viven en un centro de enfermería.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Evaluación y orientación por abuso de alcohol</b></p> <p>Pagaremos una evaluación por abuso de alcohol (SBIRT) para los adultos que abusen del alcohol, pero que no sean dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si su examen da positivo para abuso de alcohol, puede recibir cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si está en condiciones y alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria calificada o un profesional en un centro de atención primaria.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por vía terrestre, avión y helicóptero. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que le pueda proporcionar la atención médica que necesita.</p> <p>Su estado médico debe ser suficientemente grave que otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su salud o su vida. Nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>Para los casos que no son emergencias, podríamos pagar una ambulancia. Su estado médico debe ser suficientemente grave que otras formas de llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Visita de bienestar anual</b></p> <p>Puede obtener una revisión anual. Esto sirve para hacer o actualizar un plan de prevención con base en sus factores de riesgo actuales. Pagaremos esto una vez cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Medición de masa ósea</b></p> <p>Pagaremos ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien que está en riesgo de perder masa ósea o que está en riesgo de padecer osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida de masa ósea o la calidad de los huesos.</p> <p>Pagaremos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos a un médico para que vea y comente sobre los resultados.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías)</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de prueba de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante</li> <li>• Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b></p> <p>Pagaremos los servicios de rehabilitación cardíaca tales como ejercicio, educación y orientación. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>También cubrimos los programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para la enfermedad cardíaca)</b></p> <p>Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a disminuir su riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. Durante las consultas, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablar sobre el uso de la aspirina;</li> <li>• controlar su presión, o</li> <li>• darle sugerencias para ayudarlo a que coma bien.</li> </ul>	<p>\$0</p>
<p> <b>Examen de la enfermedad cardiovascular (cardíaca)</b></p> <p>Pagamos los exámenes de sangre una vez cada cinco años (60 meses) para revisar si hay una enfermedad cardiovascular. En estos exámenes de sangre se revisa también si hay defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Examen de Papanicolaou y pélvico una vez cada 24 meses</li> <li>• Para las mujeres que tienen alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino: un examen de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>• Para las mujeres que han tenido un resultado anormal en un examen de Papanicolaou durante los últimos 3 años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses</li> <li>• Para las mujeres que tengan entre 30 y 65 años: examen del virus del papiloma humano (HPV) o prueba de Papanicolaou con un examen del HPV, una vez cada 5 años</li> </ul>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes de la columna para corregir la alineación (cuando va acompañado de una subluxación documentada)</li> <li>• Hasta 2 servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios en un mes calendario, o más si es médicamente necesario</li> <li>• Nota: Es posible que se requiera una autorización previa para más de dos servicios al mes.</li> </ul> <p>Esta es una alternativa de manejo del dolor sin opioides.</p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años en adelante (y menores de 50 años de edad si tiene antecedentes familiares fuertes), pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o un enema de bario) cada 48 meses</li> <li>• Examen de sangre oculta en las heces cada 12 meses</li> <li>• Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses</li> <li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en el ADN, cada 3 años</li> <li>• Colonoscopia cada diez años (pero no en los siguientes 48 meses después de la sigmoidoscopia)</li> <li>• Colonoscopia (o un enema de bario) para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cada 24 meses</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios comunitarios para adultos (CBAS)</b></p> <p>CBAS es un programa de servicios en centros para pacientes ambulatorios al que asisten las personas de acuerdo con un horario. Proporciona cuidados especializados de enfermería, servicios sociales, terapias (incluyendo la terapia ocupacional, física y del habla), atención personal, capacitación y apoyo para la familia o persona encargada del cuidado, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagaremos los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p><b>Nota:</b> Si un centro de CBAS no está disponible, podemos proporcionar estos servicios por separado.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Orientación para dejar de fumar o consumir tabaco</b></p> <p>Si consume tabaco, no tiene síntomas ni indicios de una enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos dos intentos de dejar de fumar en un plazo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de orientación personalizada.</li> </ul> <p>Si usted consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco podría afectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos dos intentos de orientación para dejar de fumar por medio en un período de 12 meses. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personalizadas.</li> </ul> <p>Si usted está embarazada, podría recibir orientación ilimitada para dejar de fumar.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Algunos servicios dentales, que incluyen las limpiezas, los rellenos y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal. Consulte la sección E, página 119 para obtener más información.</p>	\$0
<p> <b>Pruebas de detección de depresión</b></p> <p>Pagaremos una prueba de detección de depresión cada año. El examen de detección se realizará en un centro de atención primaria que puede dar tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	\$0
<p> <b>Pruebas de detección de diabetes</b></p> <p>Pagaremos este examen de detección (que incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial alta (hipertensión)</li> <li>• Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia)</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Historial de azúcar (glucosa) alta en sangre</li> </ul> <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos casos, tales como si usted tiene sobrepeso y un historial familiar de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de la prueba, puede calificar para obtener hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre, que incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un monitor de glucosa en sangre</li> <li>○ Tiras reactivas de prueba de glucosa en sangre</li> <li>○ Dispositivos de lanceta y lancetas</li> <li>○ Soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores</li> </ul> </li> <li>• Para las personas con pie diabético, pagaremos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (también las plantillas), incluyendo el ajuste y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o</li> <li>○ un par de zapatos profundos, incluyendo el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con esos zapatos)</li> </ul> </li> <li>• En algunos casos, pagaremos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</li> </ul> <p>Consulte la página 64 para obtener más información sobre el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados.</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera autorización previa para los suministros o artículos del DME.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para ver la definición de “Equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12, página 273 de este manual).</p> <p>Los artículos siguientes están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas de ruedas</li> <li>• Muletas</li> <li>• Sistemas eléctricos para colchones</li> <li>• Almohadilla de presión alterna para colchón</li> <li>• Suministros para la diabetes</li> <li>• Camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa</li> <li>• Bombas de infusión intravenosa (IV) y polo</li> <li>• Bomba enteral y suministros</li> <li>• Dispositivos generadores del habla</li> <li>• Suministros y equipo de oxígeno</li> <li>• Nebulizadores</li> <li>• Andadores</li> <li>• Mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de reemplazo</li> <li>• Tracción cervical (sobre la puerta)</li> <li>• Estimulador óseo</li> <li>• Equipo para el cuidado de la diálisis</li> </ul> <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>Con este <i>Manual del miembro</i>, le enviamos la Lista de DME de SCFHP. Esta lista encuentra las marcas y los fabricantes del DME que pagaremos. Esta lista, que es la más reciente en cuanto a marcas, fabricantes y proveedores, está disponible en nuestro sitio web, <a href="http://www.scfhp.com">www.scfhp.com</a>.</p> <p>Por lo general, SCFHP cubre todo el DME cubierto por Medicare y Medi-Cal de las marcas y fabricantes que se indican en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que necesita esa marca. Sin embargo, si usted es nuevo en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esa marca para usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted para usar al final del período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera con otro médico para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión del plan sobre la cobertura, usted (o su médico) puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico acerca de cuál es el producto o la marca adecuados para su estado médico. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184).</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera autorización previa para el DME.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidado de emergencia</b></p> <p>Cuidado de emergencia significa los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presta un proveedor capacitado para proporcionar los servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>• son necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una afección con dolor intenso o lesiones graves. El estado médico es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicamentos podría esperar que ocurra lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo grave para su salud o la de su hijo que no ha nacido; <b>o</b></li> <li>• Daños graves a las funciones del cuerpo,</li> <li>• Disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, <b>o</b></li> <li>• en el caso de una mujer embarazada que está en trabajo de parto, cuando:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes de dar a luz,</li> <li>○ un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para la salud o seguridad suya o del bebé que no ha nacido.</li> </ul> </li> </ul> <p>El cuidado de emergencia/cuidados de urgencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Si obtiene el cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que la emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que se continúe pagando la atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente hospitalizado si el plan aprueba su estadía.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico</li> <li>• Pruebas de diagnóstico y laboratorio de planificación familiar</li> <li>• Métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo)</li> <li>• Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, copa)</li> <li>• Orientación y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados</li> <li>• Orientación, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI)</li> <li>• Orientación y pruebas de VIH y sida y otros estados médicos relacionados con el VIH</li> <li>• Anticonceptivos permanentes (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un consentimiento federal de esterilización con un mínimo de 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la operación quirúrgica).</li> <li>• Orientación genética</li> </ul> <p>También pagaremos algunos servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para afecciones médicas que puedan causar infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada).</li> </ul>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico</b></p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico se ofrece a los miembros del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para animarlos a llevar un estilo de vida activo y mejorar su calidad de vida. Los miembros tienen estas opciones sin costo, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicios de Silver&amp;Fit®:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Programa de Centros de Acondicionamiento Físico: Tendrá acceso a más de 16,000 centros de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit® en todo el país.*</li> <li>○ Programa de Acondicionamiento Físico en Casa: Si no puede ir a un centro de acondicionamiento físico o si quiere entrenar en su casa, puede recibir hasta dos (2) kits para la casa y un (1) kit de acondicionamiento físico por año de beneficios.</li> <li>○ Programa de Coaching para un Envejecimiento Saludable: Tendrá acceso a sesiones personalizadas de coaching para un envejecimiento saludable de Silver&amp;Fit.</li> </ul> </li> </ul> <p>* Los servicios no estándares que tengan un costo extra no son parte del programa Silver&amp;Fit y no se reembolsarán.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros de Silver&amp;Fit® también tienen acceso a diversos recursos para mantenerse activos en cualquier lugar, incluyendo 48 clases de envejecimiento saludable (en línea o en DVD), clases de entrenamiento diarias en Facebook Live y YouTube, más de 2,000 clases de entrenamiento digitales en la aplicación móvil ASHConnect™ de Silver&amp;Fit y recompensas por alcanzar nuevas metas.</li> </ul> <p>Esta es una alternativa de manejo del dolor sin opioides. Hable con su médico antes de empezar o de cambiar su rutina de ejercicios.</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico de SCFHP también puede estar disponible mediante otros proveedores. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.</p>	<p>\$0</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b></p> <p>Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertos estados médicos. Estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clases de educación para la salud</li> <li>• Clases de educación nutricional</li> <li>• Orientación para dejar de fumar y consumir tabaco</li> <li>• Línea directa de enfermería</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <p>Pagaremos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención para paciente ambulatorio cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los beneficios de aparatos auditivos están sujetos a una asignación máxima de \$1,510 por miembro para ambos oídos combinados por año fiscal (1 de julio al 30 de junio) e incluye moldes, suministros de modificaciones y accesorios.</p> <p>Si usted está embarazada o vive en un centro de enfermería, también pagaremos los aparatos auditivos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moldes, suministros e insertos</li> <li>• Reparaciones que cuesten más de \$25 por reparación</li> <li>• Un juego inicial de baterías</li> <li>• Seis visitas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de recibir un aparato auditivo</li> <li>• Alquiler de aparatos auditivos para un período de prueba</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa para los residentes de un centro de enfermería.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Pruebas de detección del VIH</b></p> <p>Pagaremos un examen de detección cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pidan una prueba de detección del VIH, o</li> <li>• tienen mayor riesgo de una infección de VIH.</li> </ul> <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagaremos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Atención de una agencia de salud en el hogar</b></p> <p>Antes de que pueda recibir servicios médicos en el hogar, un médico nos debe indicar que usted los necesita y que una agencia de salud en el hogar se los prestará.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar por medio tiempo o intermitentes (los servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana y se cubrirán bajo el beneficio de atención médica en el hogar).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipo y suministros médicos</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, definida como la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa o por debajo de la piel que recibe en su casa. Se necesita lo siguiente para hacer la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o la inmunoglobulina;</li> <li>• equipo, como una bomba de aire; y</li> <li>• suministros, como un tubo o un catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluyendo los servicios de enfermería, según su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación del miembro que no estén ya incluidas en el beneficio de los equipos médicos duraderos (DME);</li> <li>• monitoreo remoto; y</li> <li>• servicios de monitoreo para el aprovisionamiento de la terapia de infusión en el hogar y de los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de dicha terapia.</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Puede obtener atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho de elegir el centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted reciba los servicios en un centro de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>• Cuidado de relevo a corto plazo</li> <li>• Cuidados en el hogar</li> </ul> <p><b>Los servicios en un centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la sección E, página 120 de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Los servicios cubiertos por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de Cal MediConnect de SCFHP cubrirá los servicios del plan no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del Plan de Cal MediConnect de SCFHP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección F, página 140.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Si usted necesita servicios que no son de cuidados paliativos, debe llamar a su administrador de casos para programar los servicios. La atención que no es de cuidados paliativos es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Inyecciones contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con inyecciones adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si usted tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>Pagaremos otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6, página 145 para obtener más información.</p> <p>También pagamos todas las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).</p> <p><b>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención del hospital para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesario que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluyendo las dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería habituales</li> <li>• Costos de las unidades de atención médica especial, como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas</li> <li>• Servicios en la sala de operaciones y habitación de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo los cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado la emergencia.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención del hospital para pacientes hospitalizados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmones, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral.</li> </ul> <p>Si necesita un trasplante, revisará su caso un centro de trasplantes aprobado por Medicare y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede obtener los servicios de trasplantes localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si SCFHP proporciona los servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige hacerse el trasplante allí, coordinaremos y pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona más.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>• Servicios del médico</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo los cuidados como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado la emergencia.</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Pagaremos los servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagaremos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental local del condado pagará los servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado que son médicamente necesarios. La autorización para la atención después de 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El límite de 190 días no aplica para los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul> </li> <li>• Si usted tiene 65 años de edad o más, pagaremos los servicios que recibe en un Instituto para enfermedades mentales (Institute for Mental Diseases, IMD).</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</b></p> <p>Si su internación como paciente hospitalizado no es razonable ni medicamente necesaria, no la pagaremos.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no está cubierta, aún podemos pagar los servicios que recibe mientras está hospitalizado o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del médico</li> <li>• Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluyendo los materiales y los servicios del técnico</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• férulas, yesos y otros aparatos usados para fracturas y dislocaciones</li> <li>• Prótesis y aparatos ortopédicos, aparte de los dentales, incluyendo el reemplazo o reparaciones de dichos aparatos. Estos son aparatos que:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejido contiguo), o</li> <li>○ reemplazan una parte o la totalidad de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal.</li> </ul> </li> <li>• Soportes para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a una quebradura, desgaste, pérdida o cambio en el estado médico del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios y suministros para la enfermedad renal</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar a los miembros sobre el cuidado del riñón y ayudarlos a tomar buenas decisiones acerca de su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica de etapa IV. Cubriremos hasta seis sesiones de los servicios de educación sobre la enfermedad renal.</li> <li>• Los tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluyendo los tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, sección B, página 47.</li> <li>• Los tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido en el hospital para recibir atención especial</li> <li>• La capacitación para la autodiálisis, incluyendo la capacitación para usted y cualquiera que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa</li> <li>• Suministros y equipo para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en casa, tales como las visitas necesarias de los trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en casa, para ayudar en caso de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, vea "Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare" en este cuadro.</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera autorización previa para el tratamiento o los suministros.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 55 y 77 años de edad, <b>y</b></li> <li>• Ha asistido a una visita para recibir consejería y tomar decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado por lo menos 1 paquete al día durante 30 años sin ninguna señal o síntoma de tener cáncer de pulmón o fuma ahora, o dejó de fumar en el transcurso de los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se utiliza después de un trasplante de riñón cuando lo indica el médico.</p> <p>Pagaremos tres horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año en que reciba los servicios de terapia médica de nutrición con Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare.) Puede que aprobemos más servicios si son médicamente necesarios.</p> <p>Pagaremos dos horas de servicios de orientación personalizada cada año después de eso. Si su estado médico, tratamiento o diagnóstico cambia, usted podría obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si es necesario continuar su tratamiento el siguiente año calendario. Puede que aprobemos más servicios si son médicamente necesarios.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a mejorar su comportamiento con respecto a su salud. Proporciona capacitación práctica con respecto a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios en la alimentación a largo plazo;</li> <li>• más actividad física; <b>y</b></li> <li>• formas de mantener el descenso de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que usualmente usted no se administra y que se inyectan o administran en infusión mientras recibe los servicios del médico, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• Medicamentos que toma con el equipo médico duradero autorizado por el plan (tal como los nebulizadores)</li> <li>• Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunodepresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando ocurrió el trasplante de órgano</li> <li>• Medicamentos inyectados para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certificó que está relacionada con la osteoporosis post menopáusica y no se puede inyectar el medicamento usted</li> <li>• Antígenos</li> <li>• Determinados medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea</li> <li>• Determinados medicamentos para diálisis en la casa, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Retacrit®, Epogen®, Procrit® o Aranesp®)</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento progresivo:  <a href="http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials">www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect/member-materials</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte B y Parte D de Medicare.</p> <p>En el Capítulo 5, página 124, se explica el beneficio de medicamentos de venta con receta para los pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta médica cubiertos.</p> <p>En el Capítulo 6, página 145, se explica lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio mediante nuestro plan.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Programa de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP)</b></p> <p>MSSP es un programa de administración de casos que proporciona los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) a las personas que cumplen con los requisitos de Medi-Cal.</p> <p>Para cumplir con los requisitos, debe tener 65 años de edad o más, vivir dentro del área de servicio del sitio, recibir los servicios dentro de las limitaciones de costos de MSSP, ser apto para los servicios de administración de la atención, cumplir con los requisitos actuales para Medi-Cal y estar certificado o poder ser certificado para colocarlo en un centro de enfermería.</p> <p>Los servicios de MSSP incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de cuidado de día para adultos/centro de apoyo</li> <li>• Asistencia para vivienda</li> <li>• Asistencia para tareas domésticas y cuidado personal</li> <li>• Supervisión de protección</li> <li>• Administración de la atención</li> <li>• Cuidados temporales de relevo</li> <li>• Transporte</li> <li>• Servicios de comidas</li> <li>• Servicios sociales</li> <li>• Servicios de comunicación</li> </ul> <p>Este beneficio está cubierto hasta \$5,356.25 al año.</p> <p><b>Nota: Se requiere autorización previa del MSSP.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Transporte médico en casos que no sean de emergencia</b></p> <p>Este beneficio permite el uso del transporte que sea más rentable y accesible. Esto puede incluir: ambulancia, camioneta con litera, servicios de transporte médico para silla de ruedas y coordinar el permiso para el transporte.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• su estado médico o físico no le permite viajar en autobús, vehículos de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, <b>y</b></li> <li>• el transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria.</li> </ul> <p>Según el servicio, es posible que necesite autorización previa.</p> <p>El transporte médico en casos que no sean de emergencia (NEMT) requiere que se complete un formulario de declaración de la certificación del médico (PCS) para determinar el nivel apropiado de servicio. Su médico tratante debe completar este formulario antes de que se proporcionen o hagan los arreglos para los servicios.</p> <p>El NEMT debe ser aprobado previamente por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y se debe coordinar por lo menos cinco días hábiles antes de su cita programada. Inicie sesión en el portal para miembros de mySCFHP en <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> o llame al área de Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para coordinar el transporte.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Transporte no médico</b></p> <p>Este beneficio permite el transporte hacia los centros relacionados con la salud en un vehículo de pasajeros, taxi o por medio de otras formas de transporte público/privado.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico en casos que no sean de emergencia.</p> <p>El transporte no médico (non-medical transportation, NMT) requiere que usted proporcione una certificación en persona, de forma electrónica o por teléfono, indicando que usted no tiene otros recursos de transporte.</p> <p>El NMT debe ser aprobado previamente por el Plan de Cal MediConnect de SCFHP y se debe coordinar por lo menos tres días hábiles antes de su cita programada. Inicie sesión en el portal para miembros de mySCFHP en <a href="http://www.member.scfhp.com">www.member.scfhp.com</a> o llame al área de Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para coordinar el transporte.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en centro de enfermería</b></p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un centro que ofrece atención a personas que no pueden recibir la atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagaremos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluyendo las dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Medicamentos que se le dan como parte de su plan de atención médica. (Esto incluye las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, tal como los factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos, que generalmente proporcionan los centros de enfermería</li> <li>• Pruebas de laboratorio que usualmente realizan los centros de enfermería</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que generalmente proporcionan los centros de enfermería</li> <li>• Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas que por lo general ofrecen los centros de enfermería</li> <li>• Servicios del médico/enfermero practicante</li> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas</li> <li>• Beneficios de servicios para la vista</li> <li>• Exámenes del oído y aparatos auditivos</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en centro de enfermería (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del quiropráctico</li> <li>• Servicios de podología</li> </ul> <p>Por lo general recibirá la atención en centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener la atención en un centro que no sea parte de nuestra red. Puede recibir la atención en los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para personas mayores o comunidad de jubilados con atención médica continua donde estuvo viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención el centro de enfermería).</li> <li>• Un centro de enfermería donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted sale del hospital.</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de obesidad y terapia para mantener bajo control el peso</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos el servicio de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir la orientación en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, manejar y administrar esos medicamentos</li> <li>• Asesoramiento sobre abuso de sustancias</li> <li>• Terapia individual y de grupo</li> <li>• Pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología)</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesario que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, resonancia magnética (MRI) y tomografía de emisión de positrones (PET)</li> <li>• Terapia de radiación (radio e isótopos) y quimioterapia, incluyendo los materiales y suministros del técnico</li> <li>• Suministros médicos, tales como vendajes para el cuidado de heridas</li> <li>• Férulas, yesos y otros aparatos usados para fracturas y dislocaciones</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. Debe hablar con su médico y obtener una referencia.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagamos los servicios que son médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía para pacientes ambulatorios o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "hospitalizado".</li> <li>○ A veces puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio".</li> <li>○ Puede obtener más información sobre pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios en esta hoja informativa: <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a>.</li> </ul> </li> <li>• Exámenes de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>• Cuidado de la salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que el tratamiento para paciente hospitalizado es necesario sin la hospitalización</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos, tales como férulas y yesos</li> <li>• Pruebas de detección y servicios preventivos indicados en todo el Cuadro de beneficios</li> <li>• Algunos medicamentos que no puede administrarse usted</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos los servicios de salud mental que proporcione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un psiquiatra o médico con licencia del estado</li> <li>• Un psicólogo clínico</li> <li>• Un trabajador social clínico</li> <li>• Un especialista de enfermería clínica</li> <li>• Un enfermero practicante</li> <li>• Un auxiliar médico</li> <li>• Cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales correspondientes</li> </ul> <p>Pagaremos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios clínicos</li> <li>• Tratamiento diario</li> <li>• Servicios de rehabilitación psicosocial</li> <li>• Hospitalización parcial/programas intensivos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo</li> <li>• Examen psicológico cuando indicado clínicamente para evaluar un resultado de salud mental</li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios con el fin de supervisar la terapia de medicamentos</li> <li>• Exámenes de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios</li> <li>• Consulta psiquiátrica</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.</p> <p>Puede obtener los servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio de los departamentos del hospital para pacientes ambulatorios, oficinas de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros médicos.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y orientación por abuso de alcohol</li> <li>• Tratamiento por abuso de drogas</li> <li>• Orientación individual y en grupo por parte de un médico calificado</li> <li>• Desintoxicación subaguda en un programa residencial para tratar adicciones</li> <li>• Servicios para el tratamiento de consumo de alcohol y drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios</li> <li>• Tratamiento de liberación prolongada con Naltrexona (vivitrol)</li> </ul>	<p>\$0</p>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Pagaremos la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en los centros para pacientes ambulatorios del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios del hospital o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios del médico/proveedor, incluyendo visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de la salud o servicios de cirugía médicamente necesarios en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el consultorio del médico;</li> <li>○ un centro quirúrgico ambulatorio certificado;</li> <li>○ el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</li> </ul> </li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio indicados por su proveedor de atención primaria, si los pide su médico para ver si usted necesita tratamiento.</li> <li>• Servicios de Telehealth para consultas mensuales por insuficiencia renal terminal (ERT) (end-stage renal disease, ESRD) para aquellos miembros que reciban diálisis en el hogar en un centro de diálisis dentro de un hospital o de un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis o en la casa del miembro.</li> <li>• Servicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de una apoplejía.</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ usted no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ el control no está relacionado con una visita en el consultorio en los últimos siete días <b>y</b></li> <li>○ el control no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o cuanto antes.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios del médico o del proveedor, incluyendo las consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico quirúrgico.</li> <li>• Atención odontológica que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas.</li> <li>○ Arreglo de fracturas de la mandíbula o de los huesos de la cara.</li> <li>○ Extracción de dientes antes de un tratamiento de radiación por neoplasia cancerosa.</li> <li>○ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico</li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espón del talón)</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies para los miembros con un estado médico que afecta las piernas, tal como la diabetes</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa para los residentes de un centro de enfermería.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen rectal digital</li> <li>• Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos prostéticos reemplazan todo o parte de una extremidad del cuerpo o función del cuerpo. Pagaremos los siguientes dispositivos prostéticos y posiblemente otros dispositivos que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía</li> <li>• Nutrición enteral y parenteral, incluyendo kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas</li> <li>• Marcapasos</li> <li>• Soportes</li> <li>• Zapatos ortopédicos</li> <li>• Brazos y piernas artificiales</li> <li>• Prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> <li>• Prótesis para reemplazar toda la parte de una parte externa de la cara que se ha eliminado o dañado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito</li> <li>• Crema y pañales para incontinencia</li> </ul> <p>También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. Además pagaremos la reparación o el reemplazo de los aparatos prostéticos.</p> <p>Ofrecemos una cobertura parcial después de la remoción de cataratas o cirugía de catarata. Consulte “Cuidado de la vista” más abajo en esta sección en la página 117 para obtener más información.</p> <p>No pagaremos los dispositivos dentales prostéticos.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Pagaremos los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada hasta muy severa. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Pagaremos los servicios respiratorios de los pacientes que necesitan un ventilador.</p> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>
<p> <b>Prueba de detección y orientación por infecciones de transmisión sexual (STI)</b></p> <p>Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de tener una STI. Las pruebas las debe ordenar un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagaremos hasta dos sesiones personalizadas de orientación conductual de alta intensidad por año para adultos activos sexualmente con mayor riesgo de contraer una STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben realizar en un centro de atención primaria, tal como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se indican aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una habitación semiprivada o una habitación privada, si es médicamente necesario</li> <li>• Comidas, incluyendo las dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje</li> <li>• Medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención médica, incluyendo sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, tal como los factores de coagulación de la sangre</li> <li>• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados en los centros de enfermería</li> <li>• Exámenes de laboratorio en centros de enfermería</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que se ofrecen en los centros de enfermería</li> <li>• Aparatos, tales como sillas de ruedas, generalmente proporcionados en los centros de enfermería</li> <li>• Servicios del médico/proveedor</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la siguiente página</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>Por lo general recibirá la atención en centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener la atención en un centro que no sea parte de nuestra red. Puede recibir la atención en los siguientes lugares, si ellos aceptan las cantidades de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para personas mayores o comunidad de jubilados que presta atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en centro de enfermería)</li> <li>• Un centro de enfermería donde su cónyuge vive al momento en que usted sale del hospital</li> </ul> <p><b>Nota: Puede ser que se requiera la autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El plan cubrirá el tratamiento de ejercicios supervisados para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que hayan sido derivados por el médico a cargo a fin de recibir tratamiento para esta enfermedad. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen todos los requisitos del SET.</li> <li>• Una cantidad adicional de 36 sesiones después de ese tiempo, si un proveedor de atención médica lo considerara médicamente necesario.</li> </ul> <p>Características del programa de SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicios terapéuticos para miembros con PAD que sufran calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo insuficiente (claudicación).</li> <li>• Se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico.</li> <li>• Es llevado a cabo por personal calificado que se asegura de que los beneficios superen los daños y que cuenta con la capacitación correspondiente para realizar la terapia de ejercicios para PAD.</li> <li>• Se realiza bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o un enfermero practicante/especialista en enfermería clínica que cuente con capacitación en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.</li> </ul>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidado de urgencia</b></p> <p>El cuidado de urgencia es la atención médica proporcionada para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un caso que no sea de emergencia que requiere atención médica inmediata; ○</li> <li>• Una enfermedad repentina; ○</li> <li>• Una lesión, ○</li> <li>• un estado médico que requiere atención inmediata.</li> </ul> <p>Si requiere cuidado de urgencia, primero debe intentar obtenerlo de un proveedor de red. Sin embargo, puede utilizar a los proveedores fuera de la red cuando no pueda encontrar a un proveedor de la red.</p> <p>Esta cobertura es dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Cuidado de la vista</b></p> <p>Pagaremos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen habitual de la vista cada año (es posible que se requiera una referencia).</li> <li>• Hasta \$200 para anteojos (monturas y lentes) o hasta \$200 para lentes de contacto cada dos años.</li> </ul> <p>Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista por retinopatía diabética para las personas diabéticas y tratamiento por la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con historia familiar de glaucoma</li> <li>• Personas con diabetes</li> <li>• Afroamericanos de 50 años en adelante</li> <li>• Hispanoamericanos de 65 años en adelante</li> </ul> <p>Pagaremos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía).</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su salud;</li> <li>• educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo las pruebas de detección y las vacunas), <b>y</b></li> <li>• referencias para otra atención médica si lo necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses después de iniciar la cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, dígame a su médico que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

## E. Beneficios cubiertos fuera del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

Los siguientes servicios no están cubiertos por el plan de Cal MediConnect de SCFHP, pero están disponibles a través de Medicare de pago por servicio o Medi-Cal de pago por servicio.

### E1. California Community Transitions (CCT)

El programa California Community Transitions (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para encontrar a los beneficiarios de Medi-Cal que cumplen con los requisitos que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante 90 días consecutivos y quieren hacer la transición de regreso a, y permanecer de forma segura, en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el período antes de la transición y 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios a trasladarse de regreso a un entorno comunitario.

Puede recibir los servicios de coordinación de la transición de cualquier Organización líder de CCT que atienda al condado donde vive usted. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y los condados donde atienden en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services) en [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### **Para los servicios de coordinación de la transición de CCT:**

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

### **Para los servicios que no están relacionados con su transición de CCT:**

El proveedor facturará sus servicios al plan de Cal MediConnect de SCFHP. El plan de Cal MediConnect de SCFHP pagará los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de la transición de CCT, el plan de Cal MediConnect de SCFHP pagará los servicios que se mencionan en el Cuadro de beneficios que aparece en la Sección D de este capítulo.

### **Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos del plan de Cal MediConnect de SCFHP:**

Los medicamentos no están cubiertos por el programa CCT. Continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de SCFHP. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

**Nota:** Si necesita atención que no es de transición de CCT, debe llamar a su administrador de casos para programar los servicios. Llame al 1-877-590-8999 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La atención que no es de transición de CCT es la atención que no está relacionada con su transición desde una institución o un centro.

## **E2. Programa Dental de Medi-Cal**

Algunos servicios dentales se pueden obtener mediante el Programa Dental de Medi-Cal, por ejemplo, servicios como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpieza y tratamientos de flúor
- restauraciones y coronas
- terapia de conductos radiculares
- ajustes, reparaciones y alineamientos de dentadura postiza

Los beneficios dentales están disponibles mediante el pago por servicio del Programa Dental de Medi-Cal. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar a un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio al Cliente llamando al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratis. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarlo de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

Además del pago por servicio del Programa Dental de Medi-Cal, puede obtener beneficios dentales mediante un plan dental de servicios médicos administrados. Los planes dentales de servicios médicos administrados están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si quiere recibir más información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o quiere cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options llamando al 1-800-430-4263 (los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-430-7077) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratis.

### **E3. Cuidados paliativos**

Puede obtener atención médica de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho de elegir el centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios que aparece en la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de lo que el plan de Cal MediConnect de SCFHP paga mientras usted recibe los servicios de cuidados paliativos.

#### **Para los servicios en un centro de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:**

- El proveedor del Centro de cuidados paliativos facturará sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios del Centro de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

#### **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal (excepto el cuidado de emergencia o el cuidado necesario de urgencia):**

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de SCFHP:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, página 132.

**Nota:** Si necesita atención que no es de cuidados paliativos, debe llamar a su administrador de casos para programar los servicios. La atención que no es de cuidados paliativos es la que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame al 1-877-590-8999 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. La atención que no es de cuidados paliativos es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.

---

## **F. Beneficios que no cubre el Plan de Cal MediConnect de SCFHP, Medicare o Medi-Cal**

Esta sección le informa qué clase de beneficios están excluidos por el plan. Excluido significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia y algunos que están excluidos del plan solo en ciertos casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección E3, página 192.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en el Cuadro de beneficios, los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:

- Los servicios considerados como no “razonables y médicamente necesarios” según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, sección J, página 61 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son aquellos que no son aceptados usualmente por la comunidad médica.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Tratamiento de cirugía 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 en un centro de enfermería, como un teléfono o televisión.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Los cargos realizados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
- Comidas enviadas a su hogar, excepto como parte de un beneficio restringido limitado a aquellos con necesidades específicas, según lo determine un plan de atención individualizado.
- Procedimientos o servicios de mejoras opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, pagaremos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- El cuidado de rutina de los pies, excepto lo descrito en “Servicios de podología” en el Cuadro de beneficios de la Sección D.
- Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de una prótesis de pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis o si los zapatos son para una persona diabética con enfermedad en el pie.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto para zapatos ortopédicos o terapéuticos de personas diabéticas con enfermedad en el pie.
- Exámenes de audición regulares.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para problemas de la vista.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Servicios proporcionados a veteranos en centros médicos de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de Veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted seguirá siendo responsable por las cantidades correspondientes de los costos compartidos.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio a través del plan

---

### Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor pide para que usted los reciba de una farmacia o mediante un servicio de pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. Capítulo 6, sección C, página 150 podrá ver cuánto paga por estos medicamentos. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP también cubre los siguientes medicamentos; sin embargo, no se mencionan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que le den mientras esté en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, página 97.

### Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes ambulatorios

Nosotros generalmente cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria le ha referido para recibir atención.
2. De manera general, usted deberá usar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
  - Si no está en la lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Consulte el Capítulo 9, sección F3, página 208 para saber cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento debe ser usado para una indicación aceptada médicamente. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por ciertas referencias médicas.

## Contenido

A. Qué debe hacer para surtir sus recetas.....	127
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red.....	127
A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta .....	127
A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red .....	127
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red.....	128
A5. Cómo usar una farmacia especializada .....	128
A6. Cómo usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos .....	128
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	130
A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan .....	130
A9. Devolución del pago si usted pagó por un medicamento de venta con receta.....	131
B. Lista de medicamentos del plan .....	131
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	131
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	132
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos .....	132
B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos .....	133
C. Limitaciones de algunos medicamentos .....	134
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....	135
D1. Cómo obtener un suministro temporario .....	136
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	138



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales .....	140
F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan.....	140
F2. Si usted está en un centro de atención médica a largo plazo .....	141
F3. Si usted está en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	141
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	142
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado .....	142
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ....	142
G3. Programas de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a tomar de forma segura sus medicamentos opioides .....	143

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Qué debe hacer para surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, pagaremos las recetas solo si son surtidas en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

### A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir un medicamento de venta con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red facturará nuestra parte del costo de su medicamento de venta con receta cubierto. Puede que deba pagar un copago a la farmacia cuando retire su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

**Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.**

Después puede pedirnos que le paguemos nuestra parte. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP de inmediato. Haremos lo posible para ayudarle.

- Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos lo que usted pagó, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158.
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento de venta con receta, puede comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

### A3. Qué hacer si se cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede pedir que un proveedor le dé una nueva receta o que su farmacia transfiera la receta a la farmacia nueva si todavía tiene resurtidos pendientes.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, se puede comunicar con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

#### **A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red**

Si la farmacia que usted usa se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

#### **A5. Cómo usar una farmacia especializada**

Algunas recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proporcionan medicamentos a los residentes de un centro de atención médica a largo plazo, tal como un hogar para personas mayores.
  - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurar que obtiene los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo no está en nuestra red, o si usted tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de medicamentos en el centro de atención médica a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.
- Farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar esas farmacias.
- Las farmacias que suministran medicamentos que requieren administración e instrucciones especiales para su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

#### **A6. Cómo usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos**

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio del servicio de envíos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para un estado médico crónico o de largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro hasta de 90 días del medicamento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

### **Cómo surtir mis recetas por correo**

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP o visite [www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect](http://www.scfhp.com/healthcareplans/calmediconnect).

Por lo general, el envío por correo de un medicamento recetado tarda 10 días calendario en llegar. Sin embargo, a veces el envío por correo de un medicamento con receta puede retrasarse. Si la entrega se retrasa, comuníquese con su proveedor para obtener una receta de emergencia y llévela a cualquier farmacia de la red. La farmacia puede comunicarse con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP para obtener una anulación de emergencia debido al retraso en el proceso de la orden por correo.

### **Procesos de pedido por correo**

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que reciba de usted, las recetas nuevas que reciba directamente del consultorio de su proveedor y cuando vuelva a surtir su receta médica por correo:

#### **1. Recetas nuevas que la farmacia obtiene de usted**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que obtenga de usted.

#### **2. Recetas nuevas que la farmacia obtenga directamente del consultorio de su proveedor**

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidados de la salud, esta se comunicará con usted para saber si quiere que surtan el medicamento de inmediato o en otro momento.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, permitirle que detenga o retrase el pedido antes que se lo facturen y envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### 3 Surtir nuevamente las recetas a través de un pedido por correo

Para surtir los medicamentos nuevamente, comuníquese con la farmacia 10 días calendario antes de que se le agoten los medicamentos para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia se pueda comunicar con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia sobre las mejores formas de comunicarse con usted. Llame al Servicio al Cliente de MedImpact Direct para actualizar su información de contacto al 1-855-873-8739, de lunes a viernes, de 5 a.m. a 5 p.m. y los sábados de 6 a.m. a 2 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

#### A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular para un estado médico crónico o de largo plazo. Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, su copago puede ser menor.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. *El Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP 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 mencionada anteriormente para enterarse sobre los servicios de pedidos por correo.

#### A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan

Generalmente pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

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

- Cuando se surte un medicamento especializado que de lo contrario no está disponible en una farmacia de la red

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Cuando se surte un medicamento que tiene distribución limitada
- Cuando se surte un medicamento en una situación de emergencia debido a que las farmacias de la red no están disponibles, tal como para una enfermedad de emergencia mientras está de viaje o durante un desastre declarado

En estos casos, revise primero con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para ver si hay alguna farmacia de la red cercana.

### **A9. Devolución del pago si usted pagó por un medicamento de venta con receta**

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando reciba su receta. Puede pedirnos que le paguemos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158.

---

## **B. Lista de medicamentos del plan**

Nosotros tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos también dice si hay reglas que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

### **B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos**

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre (OTC) y productos cubiertos por sus beneficios de Medi-Cal.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de marca y los genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y cuestan menos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuestan menos que los medicamentos de venta con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para saber si el medicamento que toma está en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Ir al sitio web del plan en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.
- Llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

## B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nosotros no cubrimos todos los medicamentos de venta con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en la Lista de medicamentos.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP no pagará los medicamentos incluidos en esta sección. Estos son llamados **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que en su caso deberíamos pagar por un medicamento excluido, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección F3, página 208).

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D y los medicamentos de Medi-Cal) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos según la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por SCFHP de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por referencias médicas que lo aprueben como tratamiento para su condición médica. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar su estado médico, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar el estado médico. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medi-Cal.

- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra<sup>®</sup>, Cialis<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup> y Caverject<sup>®</sup>
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

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

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los cuatro niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos de casi el mismo tipo (por ejemplo, marca comercial, genérica o medicamentos de venta libre [OTC]). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos. El copago es \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$9.20, según sus ingresos (nivel de costo compartido más alto).
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de venta con receta que no son de Medicare y que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es \$0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) que no son de Medicare y que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es \$0.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, busque el medicamento en nuestra Lista de medicamentos.

Capítulo 6, sección D3, página 151, puede ver la cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## C. Limitaciones de algunos medicamentos

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de venta con receta. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su estado médico y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento más caro, nosotros esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

**Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar que use el medicamento sin los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, sección F3, página 208.

### 1. Límites para el uso de medicamentos de marca si hay versiones genéricas

Por lo general, un medicamento genérico funciona de la misma manera que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica del medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca si hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago podría ser más alto para el medicamento de marca que para el medicamento genérico.

### 2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

Usted o su médico deben obtener la aprobación del plan de Cal MediConnect de SCFHP para poder surtir la receta de algunos medicamentos. Plan de Cal MediConnect de SCFHP podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### 3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe los medicamentos más baratos (los que muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de que cubramos los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo estado médico y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podemos requerir que intente primero con el Medicamento A.

Si el Medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el Medicamento B. Esto se llama tratamiento progresivo.

### 4. Límites a la cantidad

Para algunos medicamentos limitamos la cantidad del medicamento que usted tiene. Esto se conoce como límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad que puede obtener de un medicamento cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP o revise nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

---

## D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Nosotros trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por nuestro plan. Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Es posible que haya una versión genérica del medicamento que tenga cobertura, pero que no esté la versión de marca comercial que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales a la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted o el profesional que receta puede solicitarnos una excepción a la regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## D1. Cómo obtener un suministro temporario

En algunos casos, podríamos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirnos que cubramos el medicamento.

### Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas reglas:

1. El medicamento que usted ha estado tomando:
  - ya no está incluido en nuestra Lista de medicamentos, o
  - nunca estuvo incluido en Lista de medicamentos, o
  - ahora tiene algún límite.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
  - Usted estaba en el plan el año pasado.
    - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
    - Este suministro temporal será por un suministro hasta de 31 días.
    - Si su receta es para menos días, permitiremos varios nuevos surtidos para darle hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
    - Es posible que las farmacias de atención médica a largo plazo le proporcionen los medicamentos de venta con receta en cantidades pequeñas para evitar desperdicios.
  - Usted es nuevo en el plan.
    - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su inscripción** en el plan.
    - Este suministro temporal será por un suministro hasta de 31 días.
    - Si su receta es para menos días, permitiremos varios nuevos surtidos para darle hasta un máximo de 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
    - Es posible que las farmacias de atención médica a largo plazo le proporcionen los medicamentos de venta con receta en cantidades pequeñas para evitar desperdicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Usted ha estado en el plan más de 90 días y vive en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
  - Nosotros cubriremos un suministro por 31 días de su medicamento o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporario que se indica arriba.
  - Si está en transición entre distintos niveles de atención (por ejemplo, entrando o saliendo de un centro de atención médica a largo plazo o un hospital), el SCFHP cubrirá un suministro del medicamento de hasta un mes para que lo tome en su nuevo entorno. Esto se hará cargo de cualquier restricción que puede haber durante este período de transición.
  - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

- Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan el mismo estado médico. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle a usted.

**O**

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O bien, puede pedirnos que cubramos el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción si dice que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, sección F3, página 208.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, se puede comunicar con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si exigimos o no una aprobación previa para algún medicamento. (La aprobación previa es un permiso del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para que usted pueda obtener un medicamento).
- Aumentar o reducir la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar restricciones de tratamiento progresivo en relación con un medicamento. (“Tratamiento progresivo” significa que usted tendría que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información acerca de las reglas relativas a los medicamentos, consulte la Sección C en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que al **comienzo** del año estaba cubierto, por lo general no cambiaremos ni quitaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, excepto en los siguientes casos:

- si aparece un medicamento nuevo más económico en el mercado que actúa de la misma manera que un medicamento que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos, o
- si nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retira del mercado.

Para obtener más información acerca de lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra Lista de medicamentos actualizada en línea en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) o
- Llame al área de Servicio al Cliente para verificar la Lista de medicamentos actual al 1-877-723-4795.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Algunos de los cambios en la Lista de medicamentos se implementarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Hay un nuevo medicamento genérico disponible.** A veces, aparece en el mercado un medicamento genérico que actúa de la misma manera que un medicamento de marca que está actualmente en la Lista de medicamentos. Si eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

Al agregar el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas o los límites de cobertura.

- Puede que no le enviemos un aviso antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que ocurra.
  - Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe seguir para pedir una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que no es seguro tomar un medicamento, o el fabricante retira el medicamento del mercado, lo retiraremos de la Lista de medicamentos. Le informaremos al respecto si usted está tomando ese medicamento. Debe comunicarse con su proveedor para hablar sobre qué hacer con su estado médico.

**Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le indicaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían producirse en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nuevas pautas o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
  - se reemplaza un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos, **o**
  - se cambian las reglas o los límites de cobertura relacionados con el medicamento de marca.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Cuando ocurran esos cambios, nosotros:

- Le avisaremos por lo menos 30 días antes de hacer el cambio en la Lista de medicamentos o
- Informarle y darle un suministro de 31 días del medicamento después de que usted presenta la solicitud para surtir nuevamente.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta. Dicho profesional puede ayudarlo a decidir:

- si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o
- si pide una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, sección F3, página 208.

**Podemos hacer cambios a medicamentos que toma que no le afecten ahora.** Para esos cambios, si está tomando un medicamento que al **comienzo** del año estaba cubierto, por lo general no cambiaremos ni quitaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### F1. Si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan

Si lo admiten en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de venta con receta durante su estadía. Usted no tendrá que efectuar ningún copago. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, seguiremos cubriendo sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6, sección C, página 150.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## **F2. Si usted está en un centro de atención médica a largo plazo**

Un centro de atención médica a largo plazo, tal como un hogar para personas mayores, generalmente cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted está viviendo en un centro de atención médica a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de venta con receta a través de la farmacia de la institución si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

## **F3. Si usted está en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare**

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxantes o contra la ansiedad que no estén cubiertos por su centro de cuidados paliativos debido a que no están relacionados con su pronóstico terminal y condiciones médicas relacionadas, nuestro plan debe obtener una notificación del profesional que receta o del proveedor de su centro de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar retrasos para obtener algún medicamento no relacionado que debe estar cubierto por nuestro plan, puede solicitar a su proveedor del Centro de cuidados paliativos o profesional que receta que se aseguren de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

Si usted abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que se retiró del centro de cuidados paliativos. Consulte en las partes anteriores de este capítulo sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, página 67.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

### G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con cuidado

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya ninguno de los siguientes problemas ni errores en los medicamentos:

- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento que hace el mismo efecto.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.
- Medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Contienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de venta con receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.

### G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes estados médicos o está en un programa de administración de medicamentos que lo ayuda a tomar sus medicamentos opioides de forma segura, usted podría ser elegible para recibir servicios sin costo mediante un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que usted toma
- Cualquier preocupación que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- La mejor forma de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos de venta con receta y de venta libre

Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos donde recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Además, recibirá información sobre la eliminación segura de los medicamentos de venta con receta que sean sustancias controladas.

Es recomendable programar una revisión de sus medicamentos antes de su visita de “bienestar” anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidados de la salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si no quiere estar inscrito en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

### **G3. Programas de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a tomar de forma segura sus medicamentos opioides**

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP tiene un programa que ayuda a los miembros a tomar de forma segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que se toman de forma inadecuada con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente ha tenido una sobredosis de opioides, es posible que consultemos con sus médicos para asegurarnos de que esté tomando correctamente sus medicamentos opioides y de que sean médicamente necesarios. Si después de consultar con sus médicos decidimos que no es seguro que tome sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, es posible que limitemos la forma en la que usted recibe esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para esos medicamentos **en determinadas farmacias o de determinados médicos.**
- **Limitar la cantidad** que cubriremos de esos medicamentos.

Si creemos que deberían aplicarse una o más limitaciones en su caso, le enviaremos una carta con anticipación. En esa carta, explicaremos las limitaciones que creemos que deben aplicarse.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Usted podrá indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y darnos cualquier información que crea que pueda ser importante que sepamos.** Si decidimos limitar su cobertura de esos medicamentos después de que haya tenido la posibilidad de respondernos, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no cree que está en riesgo de abuso de medicamentos de venta con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted o el profesional que receta puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, evaluaremos su caso y lo informaremos de nuestra decisión. Si volvemos a denegar cualquier parte de su apelación sobre las limitaciones de acceso a esos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, sección E3, página 192).

El DMP no se aplicará si usted:

- tiene determinados estados médicos, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe servicios de cuidados paliativos o cuidados terminales, o
- vive en un centro de atención médica a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

---

### Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta de paciente ambulatorio. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

- Medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted cumple con los requisitos de Medi-Cal, recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare.

**Ayuda Adicional** (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se conoce como “Subsidios para bajos ingresos” o “LIS”.

Otras palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre los medicamentos de venta con receta, puede leer:

- Nuestra Lista de medicamentos cubiertos del plan.
  - La llamamos la “Lista de medicamentos”. Esta le dice:
    - Los medicamentos que pagamos
    - En cuál de los cuatro niveles de costo compartido está cada medicamento
    - Si hay algún límite para los medicamentos
  - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
  - En el Capítulo 5, página 124, puede ver cómo obtener sus medicamentos de venta con receta como paciente ambulatorio con nuestro plan.
  - Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de venta con receta *no* están cubiertos por nuestro plan.
- Nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
  - En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, sección A, página 127.

## Contenido

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	148
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos .....	148
C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare .....	150
D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial.....	150
D1. Sus opciones de farmacia .....	151
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	151
D3. Lo que usted debe pagar.....	151
D4. Finalización de la etapa de cobertura inicial.....	153
E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica.....	153
F. Sus costos de medicamentos si su médico le receta un suministro que no alcanza para un mes.....	153
G. Asistencia de costo compartido por receta para las personas que tienen VIH o sida .....	154
G1. Qué es el Programa de Asistencia para los Medicamentos contra el Sida (ADAP).....	154
G2. Qué hacer si no está inscrito en el ADAP .....	154

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



G3. Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP .....	155
H. Vacunas .....	155
H1. Qué necesita saber antes de que le administren una vacuna .....	155
H2. Qué debe pagar por una vacuna de la Parte D de Medicare .....	156



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de venta con receta. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo (OOP)**. Este es el monto de dinero que usted, u otros en su nombre, paga por sus recetas.
- Su **costo total de medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otros en su nombre, paga por sus recetas, más la cantidad que nosotros pagamos.

Cuando usted recibe medicamentos de venta con receta a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de los beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. EOB incluye:

- **Información del mes**. El informe dice qué medicamentos de venta con receta recibió usted. Este muestra el total de los costos por medicamento, cuánto hemos pagado nosotros y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
- **Información “de lo que va del año”**. Este es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare.

- Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de bolsillo (OOP).
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

---

## B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

### 1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos de venta con receta surte y lo que usted paga.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## 2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Puede pedirnos que le paguemos nuestra parte del costo del medicamento.

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

- Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando pague el costo completo por un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158.

## 3. Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.

Los pagos de ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo (OOP). Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el sida, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones caritativas, cuentan para sus costos de bolsillo (OOP). Esto le puede ayudar a calificar para obtener una cobertura catastrófica. Cuando llegue a la Etapa de cobertura catastrófica, Plan de Cal MediConnect de SCFHP paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D por el resto del año.

## 4. Revise los informes que le mandamos.

Cuando usted reciba por correo una *Explicación de los beneficios*, asegúrese de que esté completa y correcta. Si considera que algo está incorrecto o faltante en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## C. Etapas de pago del medicamento para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de venta con receta de la parte D de Medicare según el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Cuánto paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se conoce como el copago.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2021.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado cierta cantidad de costos de bolsillo (OOP).</p>

## D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagaremos una parte del costo de sus medicamentos de venta con receta cubiertos y usted paga su parte. Su parte se conoce como el copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el cual esté el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro niveles de costo compartido. En general, mientras mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido para sus medicamentos, puede revisar la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos. El copago es \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$9.20, según sus ingresos (nivel de costo compartido más alto).
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de venta con receta que no son de Medicare y que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es \$0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) que no son de Medicare y que están cubiertos por Medi-Cal. El copago es \$0.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## D1. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

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

Solo en casos limitados cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, sección A, página 127 para saber cuándo haremos eso.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, sección A, página 127 de este manual y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo dura hasta 90 días. Tiene el mismo costo que un suministro de un mes.

Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, sección A7, página 130 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

## D3. Lo que usted debe pagar

Durante la Etapa de cobertura inicial, puede pagar un copago cada vez que surta un medicamento de venta con receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio que sea menor.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para averiguar el monto de su copago para cualquier medicamento cubierto.

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento de venta con receta cubierto de:**



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

	<b>Una farmacia de la red</b>	<b>El servicio de pedido por correo del plan</b>	<b>Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red</b>	<b>Una farmacia fuera de la red</b>
	Un suministro por un mes o de hasta 90 días	Un suministro por un mes o de hasta 90 días	Un suministro hasta de 90 días	Un suministro hasta de 31 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, sección C, página 134 para obtener información.
<b>Costo compartido Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Costo compartido Nivel 2</b> (medicamentos de marca)	\$0 a \$9.20	\$0 a \$9.20	\$0 a \$9.20	\$0 a \$9.20
<b>Costo compartido Nivel 3</b> (medicamentos de venta con receta que no son de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Costo compartido Nivel 4</b> (medicamentos de venta libre (OTC) que no son de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



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

#### **D4. Finalización de la etapa de cobertura inicial**

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan los \$6,550. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta el final del año.

Sus informes de *Explicación de beneficios* le ayudarán a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de \$6,550. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

---

### **E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica**

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo de \$6,550 por sus medicamentos de venta con receta, comenzará la Etapa de cobertura catastrófica. Usted continuará en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

---

### **F. Sus costos de medicamentos si su médico le receta un suministro que no alcanza para un mes**

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes del medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes.

- Puede haber veces en que usted desee pedir a su médico que le recete un suministro de medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez que se sabe que ocasiona efectos secundarios graves).
- Si su médico acepta, no tendrá que pagar el suministro del mes de ciertos medicamentos.

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



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Le presentamos un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes (suministro de 31 días) es de \$4.00. Eso significa que la cantidad que paga por su medicamento es de un poco más de \$0.13 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de un poco más de \$0.13 por día multiplicado por 7 días, que es un pago total de \$0.90.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de medicamentos para menos de un mes, si eso le ayuda:
  - a surtir nuevamente sus medicamentos,
  - coordinar los medicamentos que surta nuevamente con otros medicamentos que toma, y
  - hacer menos viajes a la farmacia.

---

## **G. Asistencia de costo compartido por receta para las personas que tienen VIH o sida**

### **G1. Qué es el Programa de Asistencia para los Medicamentos contra el Sida (ADAP)**

El Programa de Asistencia para los Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que cumplen con los requisitos que viven con VIH o sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH. Los medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios, que también tienen la cobertura de ADAP, califican para recibir la asistencia de costo compartido por receta a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina contra el Sida para personas inscritas en ADAP.

### **G2. Qué hacer si no está inscrito en el ADAP**

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



### G3. Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP

ADAP puede continuar proporcionando a los clientes de ADAP la asistencia de costo compartido por receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos que están en la lista de ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones en ADAP de su localidad de cualquier cambio en el número de póliza o nombre del plan de la Parte D de Medicare. Si necesita asistencia para encontrar el sitio de inscripción de ADAP más cercano o encargado de inscripciones, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web antes mencionado.

---

## H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de la Parte D de Medicare. Existen dos partes de nuestra cobertura de las 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 de venta con receta.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, algunas veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que su médico le administre.

### H1. Qué necesita saber antes de que le administren una vacuna

Recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP cuando planifique recibir una vacuna.

- Le podemos explicar cómo nuestro plan cubre su vacuna y su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al usar proveedores y farmacias de la red. Las Farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá trabajar con Plan de Cal MediConnect de SCFHP para garantizar que usted no tenga costos inmediatos por una vacuna de la parte D.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## H2. Qué debe pagar por una vacuna de la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (el medicamento que le inyectan).

- Algunas vacunas se consideran como beneficios de salud y no medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin ningún costo para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, sección D, página 89.
- Otras vacunas están consideradas como medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas que se enumeran en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

A continuación se mencionan tres métodos comunes en los que puede obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y recibe su vacuna en la farmacia.
  - Usted pagará un copago por la vacuna.
2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico le da la vacuna.
  - Pagará un copago al médico por la vacuna.
  - Nuestro plan pagará el costo de darle la inyección.
  - El consultorio de su médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que ellos saben que usted solo pagará un copago por la vacuna.
3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que lo inyecte.
  - Usted pagará un copago por la vacuna.
  - Nuestro plan pagará el costo de darle la inyección.

Consulte el Capítulo 4, sección D, página 89 de este *Manual del miembro* o consulte la Lista de medicamentos para encontrar el copago de una vacuna específica.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Capítulo 7: Pedirnos que paguemos su parte de una factura que usted recibió por los servicios o medicamentos cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También se indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Cómo solicitar un pago por sus servicios o medicamentos .....	158
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	160
C. Decisiones sobre la cobertura .....	162
D. Apelaciones .....	163



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## A. Cómo solicitar un pago por sus servicios o medicamentos

Nuestra red de proveedores debe facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos que usted ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si recibe una factura por el costo total del cuidado de la salud o de los medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte el Capítulo 7, sección B, página 160.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más de su parte del costo, tiene derecho de recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.

Comuníquese con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP si tiene alguna pregunta. Podemos ayudarle si no sabe lo que tenía que haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que usted podría pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que le paguemos una factura que haya recibido:

### 1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de la salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Usted debe pedir al proveedor que nos facture.

- Si paga la cantidad total cuando recibe la atención, pídanos el reembolso de su dinero. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole el pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
  - Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya pagó por el servicio, nosotros le haremos un reembolso.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## 2. Si un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben mandarnos las facturas a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP cuando reciba algún servicio o recetas. Una facturación inadecuada/inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a usted más de costos compartidos del plan por los servicios. **Llame al área de Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP si recibe alguna factura.**

- Como el Plan de Cal MediConnect de SCFHP cubre el costo total de sus servicios médicos, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Si reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado por sus servicios cubiertos.

## 3. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si usted va a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5, sección A, página 127 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

## 4. Cuando paga el costo total por una receta porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que revise su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## 5. Si paga el costo total por un medicamento de venta con receta que no está cubierto

Es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Tal vez el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, sección D, página 184).
  - Si usted y su médico u otro profesional que receta creen que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte el Capítulo 9, sección E2, página 189).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó. En algunos casos, es probable que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que receta para pagarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión sobre cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184.

---

## B. Cómo enviar una solicitud de pago

### Servicios y artículos de cuidado de la salud

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que hizo. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus expedientes.**

Puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para pedir ayuda.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) o puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

También nos puede llamar para solicitar el pago. Llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

**Debe presentar su reclamo a SCFHP en un plazo de 180 días** desde la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

### **Medicamentos de venta con receta**

Envíe a MedImpact su factura y el comprobante de cualquier pago que hizo. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus expedientes.** Puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para pedir ayuda.

Para asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo (Formulario de Reclamo de medicamento de venta con receta de la Parte D) para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) o puede llamar a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP y solicitar el formulario.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Envíe por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a MedImpact a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
P.O. Box 509108  
San Diego, CA 92150-9108

O envíe su solicitud por fax al 1-858-549-1569 o por correo electrónico a [claims@medimpact.com](mailto:claims@medimpact.com).

Para pedir ayuda, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

**Debe presentar su reclamo a MedImpact en un plazo de 180 días** de la fecha que obtuvo el artículo o medicamento.

---

## C. Decisiones sobre la cobertura

**Cuando recibamos su pedido de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el cuidado de la salud o medicamento están cubiertos por nuestro plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el cuidado de la salud o el medicamento.

- Le avisaremos si necesitamos que nos dé más información.
- Si decidimos que el cuidado de la salud o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo de estos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, sección B, página 47, se explican las reglas para pedir la cobertura de sus servicios. En el Capítulo 5 se explican las reglas para recibir los medicamentos de venta con receta cubiertos por la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o del medicamento, le enviaremos una carta para explicarle el motivo. En la carta también se le explicará su derecho de presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## D. Apelaciones

Si le parece que nos equivocamos al rechazar su pedido de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama presentar una apelación. Usted también puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, sección D, página 184.

- Si quiere presentar una apelación para que le reembolsemos lo que pagó por un servicio de cuidado de la salud, consulte la página 192.
- Si quiere presentar una apelación para que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento, consulte la página 213.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

Este capítulo también explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades.....	165
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	168
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) .....	169
C1. Cómo protegemos su información personal de salud .....	169
C2. Usted tiene derecho de ver sus expedientes médicos .....	170
D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red, y los servicios cubiertos para usted .....	171
E. Imposibilidad de los proveedores de la red de cobrarle directamente a usted .....	172
F. Su derecho de retirarse de nuestro Plan de Cal MediConnect.....	172
G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de la salud .....	172
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y decidir sobre su cuidado de la salud.....	172
G2. Su derecho a decir lo que quiere que se lleve a cabo si usted no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud .....	173
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones .....	174
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos .....	175
H1. Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o quisiera obtener más información sobre sus derechos .....	175
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	175

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call SCFHP Cal MediConnect Customer Service. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. We can give you written information in English, Spanish, Vietnamese, Chinese, or Tagalog if you need it. If you would like to make a standing request to get materials, now and in the future, in a language other than English, Spanish, Vietnamese, Chinese, or Tagalog, or in an alternate format, call SCFHP Cal MediConnect Customer Service or send a request in writing to:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. The Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman helps people who are enrolled in Medi-Cal. They can help you file a complaint. You can call them at 1-888-452-8609.

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sobre sus derechos de manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que pertenezca a nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect. Nuestro plan tiene personas que pueden responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle material en idiomas distintos del inglés y en formatos, como letra grande, braille o audio. Si lo necesita, podemos proporcionarle información escrita en inglés, español, vietnamita, chino o tagalo. Si desea hacer una solicitud permanente para obtener materiales, ahora y de aquí en adelante, en un idioma distinto al inglés, español, vietnamita, chino o



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

tagalo, o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de SCFHP Cal MediConnect o envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La Oficina del Ombudsman para los servicios médicos administrados por Medi-Cal ayuda a las personas que están inscritas en Medi-Cal. Ellos podrán ayudarlo a presentar una queja. Puede llamarlos al 1-888-452-8609.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị còn trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi tới Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect. Chương trình của chúng tôi có người có thể trả lời các câu hỏi bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và trong những định dạng như chữ in cỡ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin cho quý vị dưới dạng văn bản bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog nếu quý vị cần. Nếu quý vị muốn yêu cầu nhận tài liệu lâu dài, cả hiện tại và trong tương lai, bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung hoặc tiếng Tagalog, hay nhận tài liệu ở định dạng khác, hãy gọi tới Phòng Dịch Vụ Khách Hàng của SCFHP Cal MediConnect hoặc gửi yêu cầu bằng văn bản đến:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình của chúng tôi vì trở ngại ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, xin gọi Medicare tại số 1800MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Văn Phòng Thanh Tra của Chương Trình

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Chăm Sóc Có Quản Lý thuộc Medi-Cal giúp đỡ những người ghi danh vào Medi-Cal. Họ có thể giúp quý vị gửi khiếu nại. Quý vị có thể gọi tới số 1-888-452-8609.

我们必须以您能够理解的方式向您告知本计划的福利和您的权利。我们必须向您告知，您在参与计划期间每年所拥有的权利。

- 若要以您能够理解的方式获取信息，请致电 SCFHP Cal MediConnect 客户服务部。我们的计划雇有能用不同语言回答问题的员工。
- 我们的计划也可以为您提供除英语之外其他语种以及大号字体、盲文或音频等格式的资料。若您需要，我们可提供英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语等语种的书面信息。无论现在还是将来，如果您想持续请求获得除英语、西班牙语、越南语、中文或塔加拉族语之外其他语种或其他格式的文档，请致电 SCFHP Cal MediConnect 客户服务部或寄送书面请求至：

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

如果您因语言问题或残疾而无法获取我们计划的信息，并且您要提出投诉，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与 Medicare 联系。我们提供全年全天候的专线服务。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。Medi-Cal 管理式护理监察专员办公室可以为 Medi-Cal 投保人士提供帮助。他们可以帮您提出投诉。您可以致电 1-888-452-8609 与他们联系。

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa isang paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa plano namin.

- Upang makakuha ng impormasyon sa isang paraang nauunawaan mo, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect. Ang aming plano ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maari ka din bigyan ng mga materyales kahit anong wika bukod sa Ingles at sa mga format na tulad ng malalaking imprenta, braille, o audio. Maaari ka naming bigyan ng nakasulat na impormasyon sa Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog kung kailangan mo ito. Kung gusto mong gumawa ng patuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales, ngayon at sa hinaharap, sa ibang wikang hindi Ingles, Espanyol, Vietnamese, Tsino, o Tagalog, o sa isang alternatibong format, tumawag sa Customer Service ng SCFHP Cal MediConnect o magpadala ng nakasulat na kahilingan sa:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at nais mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Ang Tanggapan ng Ombudsman ng Med-Cal Managed Care ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medi-Cal. Matutulungan ka nilang maghain ng reklamo. Maaari mo silang tawagan sa 1-888-452-8609.

---

## **B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Si no puede recibir servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho de elegir a su proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores atienden como PCP y cómo elegir a un proveedor en el Capítulo 3, sección D, página 50.
  - Llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP o revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a ver a un especialista en salud femenina sin tener que obtener una derivación. Una derivación es una aprobación de su PCP para tener una consulta con alguien que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho de obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas.
- Usted tiene derecho de recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho de que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Usted tiene derecho de saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, página 45.
- Cuando se una por primera vez a nuestro plan, tendrá derecho de mantener a sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio hasta por 12 meses si ciertas condiciones se cumplen. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y sus autorizaciones de servicio, consulte el Capítulo 1, sección F, página 13.
- Usted tiene derecho de atención autodirigida con ayuda de su equipo de cuidado y su administrador de casos.

En el Capítulo 9, página 178, se explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, sección D, página 184, también se explica qué puede hacer si le negamos la cobertura de los servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

## **C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)**

Nosotros protegemos su información personal de salud (PHI) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a recibir información y controlar cómo se usa su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos y explicarle la forma como protegemos la privacidad de su información de salud. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”.

### **C1. Cómo protegemos su información personal de salud**

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización lea ni cambie sus expedientes.

En la mayoría de los casos, no proporcionamos su PHI a nadie que no le esté proporcionando atención o que no esté pagando su atención médica. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Debemos revelar la información de salud a las instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad del cuidado.
- Estamos obligados a revelar la información de salud por orden de la corte.
- Estamos obligados a brindarle a Medicare la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará según las leyes federales. También tenemos la obligación de dar a Medi-Cal la información sobre su salud y sus medicamentos. Si Medi-Cal divulga su información para fines de investigación u otros usos, lo hará según las leyes federales.

## **C2. Usted tiene derecho de ver sus expedientes médicos**

- Usted tiene derecho de ver sus expedientes médicos y obtener una copia de sus expedientes. Tenemos permitido cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidados de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho de saber si su información personal de salud ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

Puede obtener más información sobre sus derechos de privacidad leyendo el Aviso de prácticas de privacidad de SCFHP en el Capítulo 11, sección F, página 255. El Aviso de prácticas de privacidad también está disponible en nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com) o bien, lo puede solicitar si llama a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red, y los servicios cubiertos para usted

Como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, usted tiene derecho de pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, solo llámenos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Este es un servicio gratis. También podemos darle información en letra grande, Braille, audio o en otros idiomas.

Si desea información sobre lo siguiente, llame al área de Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP:

- Cómo elegir o cambiar de planes
- Nuestro plan, que incluye lo siguiente:
  - Información financiera
  - Cómo hemos sido calificados por los miembros del plan
  - Cuántas apelaciones han hecho los miembros
  - Cómo retirarse del plan
- Los proveedores de nuestra red y las farmacias de nuestra red, que incluyen lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar sus proveedores de atención primaria
  - Las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
  - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- Los medicamentos y servicios cubiertos, y las reglas que usted debe seguir, lo que incluye lo siguiente:
  - Los servicios y medicamentos cubiertos por nuestro plan
  - Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
  - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, lo que incluye lo siguiente:
  - Explicación por escrito de por qué algo no está cubierto
  - Cambios en alguna decisión que hayamos tomado
  - Pago de una factura que recibió



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## E. Imposibilidad de los proveedores de la red de cobrarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden pedirle que pague por servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que el proveedor facturó. Para averiguar lo que debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158 y sección B, página 160.

---

## F. Su derecho de retirarse de nuestro Plan de Cal MediConnect

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Si se retira de nuestro plan:

- Usted tiene derecho de recibir la mayoría de los servicios de cuidado de la salud a través de Medicare Original o un plan de Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos de venta con receta o de un plan de Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, sección C, página 242 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o en un plan de beneficios de medicamentos de venta con receta.
- Sus beneficios de Medi-Cal continuarán a través de SCFHP a menos que usted elija un plan diferente disponible en este condado.

---

## G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de la salud

### G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y decidir sobre su cuidado de la salud

Usted tiene derecho de obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su estado médico y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho de que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho de que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho de ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Diga que no.** Usted tiene derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de retirarse de un hospital u otra institución médica, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho de dejar de tomar un medicamento que le recetó su médico. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado por su médico, no lo quitarán del plan. No obstante, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor le denegó el cuidado.** Usted tiene derecho de que le demos una explicación si un proveedor le denegó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se conoce como una decisión de cobertura. En el Capítulo 9, sección D, página 184 y sección F, página 204, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

## **G2. Su derecho a decir lo que quiere que se lleve a cabo si usted no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.**

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre el cuidado de la salud. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona el derecho de tomar por usted las decisiones sobre el cuidado de su salud.**
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen el cuidado de su salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y con nombres distintos. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder legal para cuidados de la salud.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las



---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Medi-Cal, como el Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP), también tengan formularios de directivas anticipadas. También puede obtener el formulario del sitio web de SCFHP ([www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)) o comunicarse con Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para pedirles el formulario.

- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedir a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Deles copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería dar una copia del formulario a su médico. También debería dar una copia a la persona que nombre para tomar las decisiones por usted. Es posible que también quiera dar copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.
- Si van a hospitalizarlo y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**
  - En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
  - Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

### **G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones**

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico o el hospital no siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja:

- con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP; ○
- sobre un médico ante el Colegio de Médicos de California. Para obtener información sobre cómo presentar una queja en el Colegio de Médicos de California, llame al 1-800-633-2322
- sobre un hospital ante el Departamento de Salud Pública de California (CDPH).
  - Para presentar una queja ante el CDPH, llene el formulario de quejas del consumidor en línea en <http://hfcis.cdph.ca.gov/longtermcare/consumercomplaint.aspx>
  - También puede comunicarse con la Oficina del Distrito para Licencias y Certificaciones del CDPH para el distrito en que esté ubicado el hospital; ○
  - Puede llamar al Sistema de Información al Consumidor del CDPH al 1-800-236-9747.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

En el Capítulo 9, página 178, se explica lo que puede hacer si tiene problemas o preocupaciones sobre la cobertura de sus servicios o de su atención. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho de obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para recibir esta información, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

### H1. Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o quisiera obtener más información sobre sus derechos

Si considera que ha recibido un trato injusto y **no** se trata de discriminación por los motivos que se indican en el Capítulo 11, sección B, página 251 o si quiere obtener más información sobre sus derechos, puede pedir ayuda llamando a:

- Servicio al Cliente:
- El Programa Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP). Para obtener más información sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, sección E, página 29.
- El Programa Ombuds de Cal MediConnect. Para obtener más información sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, sección I, página 33.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Sus derechos y protecciones en Medicare” en el sitio web de Medicare: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

---

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

- **Consulte el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información sobre:



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Servicios cubiertos: consulte el Capítulo 3, página 45 y el Capítulo 4, página 67. En estos capítulos se explica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas de seguir y lo que usted debe pagar.
- Medicamentos cubiertos: consulte el Capítulo 5, página 124 y el Capítulo 6, página 145.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de venta con receta** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas las opciones de cobertura cuando obtenga el cuidado de la salud. Llame a Servicio al Cliente si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores** de cuidados de la salud que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de cuidados de la salud a darle el mejor cuidado.
  - Déles la información que necesiten 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 hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre (OTC), vitaminas y suplementos.
  - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
  - Algunos beneficiarios de Medi-Cal deben pagar, o estar de acuerdo en pagar, una cantidad mensual en dólares por sus gastos médicos antes de que califiquen para los beneficios de Medi-Cal. Esto se llama costo compartido y es similar a un deducible de bolsillo del plan de seguro privado.
  - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de miembros del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, Medi-Cal paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- En el caso de algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento. Este será un copago (monto fijo). En el Capítulo 6, sección C, página 150, se explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
- **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, sección D, página 184 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.** El Plan de Cal MediConnect de SCFHP es solo para personas que viven en nuestra área de servicio. En el Capítulo 1, Sección D, página 11 encuentra información sobre nuestra área de servicio.
  - Le podemos ayudar a saber si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
  - Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, página 21 para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio al Cliente.



---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Introducción

En este capítulo hay información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer, si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento y su plan dijo que no lo pagará.
- No está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja sobre sus servicios y apoyo a largo plazo, incluyendo el Programa de Servicios Multifuncionales para Personas de la Tercera Edad (MSSP), Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y servicios en un centro de enfermería (NF).

**Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

### Si usted tiene un problema con su salud o con sus servicios y apoyo a largo plazo

Debe obtener el cuidado de la salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa de Ombuds de Cal MediConnect para obtener ayuda acerca de su problema. Si quiere ver más recursos que puedan ayudarlo a tratar sus preocupaciones y las formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, sección I, página 33 para obtener más información sobre los programas de ombudsman.

### Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema .....	181
A1. Información sobre los términos legales .....	181

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



B.	A dónde llamar para pedir ayuda .....	181
	B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	181
C.	Problemas con sus beneficios .....	183
	C1. Uso del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja .....	183
D.	Decisiones sobre cobertura y apelaciones .....	184
	D1. Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	184
	D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones .....	185
	D3. Cómo usar la sección de este capítulo como ayuda .....	186
E.	Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D) .....	187
	E1. Cuándo usar esta sección .....	187
	E2. Cómo pedir una decisión de cobertura.....	189
	E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	192
	E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	196
	E5. Problemas de pagos .....	203
F.	Medicamentos de la Parte D.....	204
	F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D .....	204
	F2. ¿Qué es una excepción?.....	207
	F3. Cosas importantes que debe saber para pedir excepciones.....	208
	F4. Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción.....	209
	F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	213
	F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	216



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

G.	Cómo pedir cobertura de una estadía más larga en el hospital .....	218
G1.	Para saber sobre sus derechos de Medicare .....	218
G2.	Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital .....	219
G3.	Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital .....	222
G4.	¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para apelar? .....	223
H.	Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en una Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) terminarán demasiado pronto .....	226
H1.	Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura .....	226
H2.	Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado.....	227
H3.	Apelación de Nivel 2 para continuar su atención.....	229
H4.	¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1? .....	231
I.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	233
I1.	Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare.....	233
I2.	Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal .....	233
J.	Cómo presentar una queja .....	234
J1.	¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?.....	234
J2.	Quejas internas .....	236
J3.	Quejas externas .....	237

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan, con sus servicios o con el pago. Medicare y Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

### A1. Información sobre los términos legales

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de siglas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficio”, “determinación de riesgo” o “determinación sobre cobertura”.
- “Decisión rápida sobre cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad, por lo que también proporcionamos esos términos legales.

---

## B. A dónde llamar para pedir ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

Algunas veces puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar con un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

#### **Usted puede obtener ayuda del Programa Ombuds de Cal MediConnect**

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect. El Programa Ombuds de Cal MediConnect es un programa de defensores que podrá responder sus preguntas y le ayudará a entender lo que debe hacer para resolver su problema. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Ellos podrán ayudarle a entender el proceso que debe usar. El número de teléfono para el Programa Ombuds de Cal



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2, sección I, página 33 para obtener más información sobre los programas de ombudsman.

### **Usted puede obtener ayuda de Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)**

También puede llamar a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Los consejeros de HICAP podrán responder sus preguntas y ayudarle a entender lo que puede hacer para resolver su problema. El programa HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-434-0222.

### **Obtener ayuda de Medicare**

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana.  
TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratis.
- Visite el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### **Usted puede obtener ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California**

En este párrafo, el término “queja” significa una apelación o queja sobre los servicios de Medi-Cal, su plan de salud o alguno de sus proveedores.

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es el responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar su plan de salud al **1-877-723-4795** (TTY 711) y seguir el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de quejas no le quita los derechos legales ni los recursos potenciales que podrían estar disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, con una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o con una queja que aún no se haya resuelto después de transcurrido un plazo de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. También puede que sea elegible para obtener una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para obtener una IMR, el proceso de IMR le dará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud sobre la necesidad médica de recibir un servicio o tratamiento propuesto, las

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



decisiones sobre cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y las disputas de pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento, [www.dmhc.gov](http://www.dmhc.gov), tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### **Usted puede obtener ayuda de la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)**

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta BFCC-QIO. Este es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de la salud para personas con Medicare.

Comuníquese con Livanta BFCC-QIO si tiene un problema con la calidad de la atención que recibe, si cree que su internación termina muy pronto o si los servicios de atención médica en el hogar, del centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) terminan muy pronto.

Consulte el Capítulo 2, sección F, página 30 para obtener información de contacto de Livanta BFCC-QIO.

---

## **C. Problemas con sus beneficios**

### **C1. Uso del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja**

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En el siguiente cuadro podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

**¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular, servicios y apoyo a largo plazo o medicamentos de venta con receta están o no cubiertos, la manera en la cual están cubiertos y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de venta con receta).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<b>Sí.</b>	<b>No.</b>
<p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Consulte la sección D: “<b>Decisiones de cobertura y apelaciones</b>” en la página 184.</p>	<p>Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.</p> <p>Pase a la sección J: “<b>Cómo presentar una queja</b>” en la página 234.</p>

---

## D. Decisiones sobre cobertura y apelaciones

### D1. Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones atiende problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos. Usted no es responsable por los costos de Medicare excepto por los copagos de la Parte D.

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es la que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros estaremos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidamos cuál es la cobertura que usted tiene y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medi-Cal, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico le proporcione el servicio, artículo o medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones

### ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura o para presentar una apelación?

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- Llame a **Servicio al Cliente** al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Llame al **Programa Ombuds de Cal MediConnect** para recibir ayuda gratis. El Programa Ombuds de Cal MediConnect ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con problemas de facturación o servicio. El número de teléfono es 1-855-501-3077.
- Llame al **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** para obtener ayuda gratuita. HICAP es una organización independiente. No está vinculada con este plan. El número de teléfono es 1-800-434-0222.
- Llame al **Centro de ayudas del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas que están inscritas en Cal MediConnect con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o los problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas para oír o hablar pueden usar la línea de TTY para llamadas sin costo, 1-877-688-9891.
- Hable con **su médico o cualquier otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y solicite el formulario de “Nombramiento del representante”. También puede obtener este formulario entrando a [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). El formulario autoriza a la persona para que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted califica. Si



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento del representante. Puede solicitar un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al 1-888-804-3536.

- Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

### D3. Cómo usar la sección de este capítulo como ayuda

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted solo necesitará leer las secciones de este capítulo que correspondan a su situación:**

- En la **sección E en la página 187**, se da información si tiene algún problema relacionado con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - No está recibiendo la atención médica que quiere y usted considera que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted considera que esta atención debería estar cubierta.
    - **NOTA:** Use la sección E solo si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, con un asterisco (\*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F en la página 204 para saber sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Usted recibió atención médica o servicios que considera que deberían estar cubiertos, pero que nosotros no vamos a pagar.
  - Usted recibió y pagó los servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
  - Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Consulte las secciones G y H en las páginas 218 y 226.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- En la **sección F en la página 204**, se da información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
  - Quiere pedirnos que cancelemos los límites de la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - No aprobamos su pedido o excepción y usted, su médico u otro profesional que receta creen que deberíamos haberlo aprobado.
  - Quiere pedirnos que paguemos un medicamento de venta con receta que ya compró. (Esto es, una decisión de cobertura sobre un pago).
- En la **sección G en la página 218**, se da información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estancia más prolongada en el hospital como paciente hospitalizado si considera que el médico le está dando el alta muy pronto. Use esta sección si:
  - Usted está en el hospital y cree que su médico pidió que usted salga del hospital demasiado pronto.
- En la **sección H en la página 226**, se da información si usted cree que su atención médica en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada y los servicios del Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) finalizan muy pronto.

Si no sabe con seguridad qué sección debe utilizar, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si necesita ayuda adicional o información, llame al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

---

## **E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)**

### **E1. Cuándo usar esta sección**

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, cuidado de la salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de la Parte B de



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Medicare. Los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos con un asterisco (\*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la sección F para obtener más información sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección encuentra lo que puede hacer si usted está en una de las situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos los servicios médicos, salud conductual, o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no los está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la sección E2 en la página 189 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico quiere darle y usted considera que deberíamos hacerlo.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la sección E3 en la página 192 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la sección E3 en la página 192 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere que le devolvamos lo que pagó por los servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó. Consulte la sección E5 en la página 203 para obtener información sobre cómo solicitar el pago al plan.

5. Redujimos o cancelamos su cobertura para determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o cancelar el servicio. Consulte la sección E3 en la página 192 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, atención médica domiciliaria, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) corresponden reglas especiales. Consulte la sección G, página 218 o la sección H, página 226 para obtener más información.

## **E2. Cómo pedir una decisión de cobertura**

### **Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la salud conductual o ciertos servicios y apoyo a largo plazo (MSSP, CBAS o servicios NF)**

Para pedir una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

- Nos puede llamar al: 1-877-723-4795. TTY: 711.
- Nos puede enviar un fax al: 1-408-874-1957.
- Puede escribirnos a:

Attn: Utilization Management  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

### **¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?**

Después de que usted presente la solicitud y nosotros obtengamos toda la información que necesitamos, generalmente solemos tardar 5 días hábiles en tomar una decisión, a menos que su solicitud sea para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

A veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le explicará por qué que necesitemos tomarnos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para una decisión si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicítenos tomar una “decisión rápida sobre cobertura”. Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para avisarle que tardaremos 14 días calendario más. La carta le explicará por qué que necesitemos tomarnos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para una decisión si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

**El término legal** para “decisión rápida sobre cobertura” es “**determinación acelerada**”.

### Cómo pedir una decisión rápida sobre cobertura:

- Comience llamándonos o enviándonos un fax para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Llámenos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) o envíenos un fax al 1-408-874-1957.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, sección A, página 23.

También puede pedirle a su proveedor o su representante que solicite una decisión sobre cobertura rápida para usted.

### Estas son las reglas para pedir una decisión rápida sobre cobertura:

Para obtener una decisión rápida sobre cobertura, debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión rápida sobre cobertura **solo si está pidiendo una cobertura por atención o un artículo que aún no ha recibido.** (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención o de un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare) podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.**
  - Si su médico determina que necesita una decisión rápida sobre cobertura, se la daremos automáticamente.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Si nos pide una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión rápida sobre cobertura.
  - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión rápida sobre cobertura, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare).
  - Esta carta le dirá que si su médico nos pide que tomemos la decisión rápida sobre cobertura, lo haremos automáticamente.
  - En la carta también se le dirá cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión rápida de cobertura. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la sección J en la página 234).

### **Si la decisión de cobertura es No, ¿cuándo lo sabré?**

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para responder que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho de pedirnos que cambiemos esta decisión al presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos pide revisar nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección para obtener más información).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos si usted cree que cometimos un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

En la mayoría de los casos, usted deberá iniciar su apelación en el Nivel 1. Si no quiere apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede pedir una Revisión médica independiente del Departamento de Atención Médica Administrada en [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov). Consulte la página 197 para obtener más información. Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o planes de salud.

#### ¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio o artículo no serán cubiertos, su caso podrá ir a la apelación de Nivel 2.

#### En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, aún puede apelar (consulte la página 223).
- Si apela porque le avisamos que un servicio que recibe actualmente se modificará o se cancelará, **tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso (consulte la página 196).
- Continúe leyendo esta sección para saber qué fecha límite aplica a su apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## ¿Cómo presento una apelación de Nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deberán comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-877-723-4795. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el Capítulo 2, página 21.
- Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158
  - También puede enviar su solicitud en línea en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).
  - Además, puede pedir una apelación llamándonos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Le enviaremos una carta dentro de cinco días calendario después de la fecha en que recibimos su apelación para informarle que la recibimos.

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

## ¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?

**Sí.** Su médico u otro proveedor podrán solicitar la apelación en su nombre. Además, puede haber otra persona que no sea su médico u otro proveedor que presente la apelación en su nombre, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento del representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Para obtener el formulario de Nombramiento de un representante, llame a Servicio al Cliente y pida uno, entre a [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o visite nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Si la apelación proviene de alguien que no es usted, su médico u otro proveedor,** debemos recibir el formulario de Nombramiento del representante completado antes de que podamos revisar la apelación.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted deberá presentar una apelación a **más tardar 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión.

Si deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación. Debe explicar el motivo de su apelación tardía cuando presenta la apelación.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o se cancelará, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su apelación está en proceso. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 196 para obtener más información.

## ¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

**Sí.** Pídanos una copia gratis llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

## ¿Puede darles mi médico más información para respaldar mi apelación?

**Sí.** Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

## ¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos cumplido con todas las reglas cuando le informamos que **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su médico.

## ¿Cuándo me informarán sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días naturales (o en un plazo de 7 días naturales después de recibir su apelación por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la sección E4 en la página 196.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad 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 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la sección E4 en la página 196.

### ¿Cuándo me informarán sobre la decisión tomada en la apelación “rápida”?

Si usted presenta una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta dentro de las siguientes 72 horas después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la sección E4 en la página 196.

**Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de las siguientes 72 horas después de que recibamos su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare, en la carta que le enviaremos le informaremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal, la carta le explicará cómo presentar una apelación de



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la sección E4 en la página 196.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o cancelar la cobertura de un servicio o artículo que se aprobó anteriormente, le enviaremos un aviso antes de tomar una acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos dándole sus beneficios para el servicio o artículo. **Debe hacer la solicitud antes de que ocurra lo siguiente** para continuar con sus beneficios:

- En un plazo de 10 días a partir de la fecha de envío de nuestro aviso de acción.
- La fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa mientras su apelación esté en proceso.

### E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

#### Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la apelación del Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si el servicio o artículo está cubierto por Medicare o Medi-Cal generalmente.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo de **Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al proceso de apelaciones de Nivel 2 tan pronto como termine la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medi-Cal**, puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.

### ¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

### Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

Hay dos maneras de presentar una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o revisión médica independiente o (2) Audiencia estatal

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## 1) Revisión médica independiente

Usted puede presentar una queja o solicitar una Revisión médica independiente (IMR) desde el Centro de ayuda al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto de Medi-Cal que sea de uso médico. Una IMR es una revisión de su caso por médicos que no forman parte de nuestro plan ni del DMHC. Una IMR es una revisión de su caso hecha por médicos que no pertenecen a nuestro plan. Usted no pagará nada por una IMR.

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

- Se deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal debido a que nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para un estado médico grave.
- No pagará por servicios de Medi-Cal de emergencia o de urgencia que usted ya recibió.
- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 para un servicio de Medi-Cal en 30 días calendario para una apelación estándar o en 72 horas para una apelación rápida.

**NOTA:** Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Nombramiento de Representante, deberá volver a presentar su apelación ante nosotros antes de poder presentar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC).

Usted tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia estatal, pero no si ya le otorgaron una Audiencia estatal por el mismo problema.

En la mayoría de los casos, usted debe presentarnos una apelación antes de solicitar una IMR. Consulte la página 192 para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o pedirle al Centro de Asistencia de DMHC una IMR.

Si su tratamiento es rechazado porque era experimental o para investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o involucra una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso, usted puede comunicarse inmediatamente con el DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Usted debe **solicitar una IMR dentro de los siguientes 6 meses** después de que le enviemos nuestra decisión por escrito sobre la apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por un motivo justificado, por ejemplo, si su condición médica no le permitía solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) dentro de los siguientes 6 meses o si no recibió un aviso adecuado de parte nuestra acerca del proceso de IMR.

Cómo solicitar una IMR:

- Complete el formulario de queja o la solicitud de Revisión médica independiente disponible en [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx). O bien llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe copias de las cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Asistencia no puede devolver ningún documento.
- 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](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o llamando 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 todos los anexos a:

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

Si califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de siete días calendario para indicarle que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará en un plazo de 30 días naturales. Debería recibir la decisión sobre la IMR en un plazo de 45 días calendario a partir del envío de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y usted califica para obtener una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en un plazo de 2 días calendario para indicarle que califica para obtener una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión sobre la IMR se tomará en un plazo de 3 días calendario. Debería recibir la decisión sobre la IMR en un plazo que no supere los 7 días calendario a partir del envío

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



de la solicitud completa. Si no está satisfecho con los resultados de la IMR, todavía puede pedir una Audiencia estatal.

Una IMR puede demorar más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos que necesita de su parte o de su médico. Si se atiende con un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que pida el expediente médico a ese profesional y nos lo envíe. Su plan de salud tiene la obligación de obtener copias de su expediente médico de los médicos que están en la red.

Si DHMC decide que su caso no cumple con los requisitos para una IMR, DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas de clientes. 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 estatal

Usted puede solicitar una Audiencia estatal por servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no aprobamos, o si dejamos de pagar por un servicio o artículo que usted ya recibe y respondimos que no a su apelación del Nivel 1, usted tiene derecho de solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal**, después de haberle enviado la carta “Sus derechos para una audiencia”.

**NOTA:** Si usted pide una audiencia estatal porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o se cancelará, **tiene menos días para enviar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia estatal esté pendiente. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 201 para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede llenar la “Solicitud para una audiencia estatal” en la parte de atrás del aviso de acción. Usted debe darnos toda la información solicitada como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que llevó a cabo la acción en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada explicando por qué quiere una audiencia. Luego puede presentar su solicitud en una de las siguientes maneras:
  - Al departamento de asistencia social del condado a la dirección escrita en el aviso.
  - Al Departamento de Servicios sociales de California:



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

- A la División de Audiencias del Estado al fax número 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 pedir una audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

### **Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?**

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- Usted no necesita solicitar una apelación de Nivel 2. Nosotros enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a IRE. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra.
- La IRE es contratada por Medicare y no está vinculada con este plan.
- Puede solicitarnos una copia de su expediente llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795.

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 30 días calendario a partir de cuando reciba su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla corresponde si envió su apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar, puede tardar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para una decisión si su apelación es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de 72 horas a partir de cuando reciba su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar, puede tardar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta. La IRE no puede tomarse más tiempo para una decisión si su apelación es por una receta de la Parte B de Medicare.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios para recibir ese servicio o artículo no continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2 con la entidad de revisión independiente.

Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal y usted pide una audiencia estatal, sus beneficios de Medi-Cal para ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión de la audiencia. Debe pedir una audiencia **antes de que ocurra lo siguiente** para continuar con sus beneficios:

- En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que le enviemos nuestro aviso en el que se indica que la determinación adversa de beneficio (decisión de apelación de Nivel 1) se confirmó.
- La fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo en disputa hasta que se tome la decisión de la audiencia.

### ¿Cómo voy a saber cuál es la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 fue una Revisión médica independiente, el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) le enviará una carta explicándole la decisión tomada por los médicos que revisaron su caso.

- Si la Revisión médica independiente responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió, debemos ofrecerle el servicio o tratamiento.
- Si la Revisión médica independiente responde que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de apelación de Nivel 1. Usted todavía puede pedir una audiencia estatal. Consulte la página 199 para obtener más información sobre cómo pedir una audiencia estatal.

Si su apelación de Nivel 2 fue dirigida a una Audiencia estatal, el Departamento de servicios sociales de California le enviará una carta explicándole su decisión.

- Si la Audiencia estatal responde que **Sí** a una parte o todo lo que usted pidió, debemos cumplir con la decisión. Tenemos que llevar a cabo las acciones descritas, dentro de 30 días calendario de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Si la Audiencia estatal responde que **No** a una parte o todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 1. Es probable que terminemos toda ayuda pendiente que usted está recibiendo.

Si su apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de Medicare, ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o darle el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si se le otorgó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o darle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o dar el medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si se le otorgó una apelación rápida, debemos autorizar o dar el medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde que **No** a una parte o todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

### **Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?**

Si su apelación de Nivel 2 fue hecha ante una Revisión médica independiente, usted puede pedir una audiencia estatal. Consulte la página 199 para obtener más información sobre cómo pedir una audiencia estatal.

Si su apelación de Nivel 2 fue hecha ante una audiencia estatal, usted puede pedir una nueva audiencia dentro de los 30 días posteriores a recibir la decisión. Usted también puede pedir una revisión judicial de la negación de la audiencia estatal, presentando una petición ante la Corte superior (según el Procedimiento de la sección 1094.5 del código civil) hasta un año a partir de la fecha en la que recibe la decisión. Usted no puede pedir una IMR si ya pidió una audiencia estatal por el mismo problema.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá del IRE se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Consulte la sección I en la página 233 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

## E5. Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de red le cobren los servicios y artículos cubiertos. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le solicitará pagar el saldo de una factura. Lo único que le deberían pedir que pague es el copago de los medicamentos de nivel 2, según sea necesario.

Si recibe una factura por un valor mayor que el copago de los servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

### ¿Puedo pedir el reembolso del dinero que pagué por un servicio o artículo?

Recuerde que, si recibe una factura por los servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura por su cuenta. Pero si paga la factura, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión de cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, enviaremos a su proveedor el pago del servicio o artículo en un plazo de 60 días naturales después de que recibamos su solicitud. Su proveedor le enviará el pago.
- Si usted no ha pagado los servicios todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que se indicará que no pagaremos el servicio o artículo y se explicará el motivo.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¿Qué sucede si decidimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga el proceso de apelación que se describe en la sección E3 en la página 192. Cuando siga estas instrucciones, tome en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita que le paguemos un servicio o artículo que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

- Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor a más tardar en 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le conoce como “rechazar su apelación”). En la carta que recibirá se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. Consulte la sección I en la página 233 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medi-Cal, puede presentar una apelación de Nivel 2 (consulte la sección E4 en la página 196).

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de venta con receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



La lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un asterisco (\*). Dichos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura de medicamentos con un asterisco (\*) siguen el proceso descrito en la sección E en la página 187.

### ¿Puedo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de venta con receta de la Parte D?

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la Lista de medicamentos del plan
  - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

**NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

- Usted pide que paguemos por un medicamento de venta con receta que ya compró. Esto es, una decisión de cobertura sobre un pago.

**El término legal** para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es “**determinación sobre cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo pedir las decisiones sobre cobertura **y** cómo solicitar una apelación.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Utilice el cuadro siguiente para decidir qué sección tiene información para su situación:

<b>¿En cuál de estas situaciones está usted?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>sección F2</b> en la página 207. Consulte también las secciones F3 y F4 en las páginas 208 y 209.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Pase a la <b>sección F4</b> en la página 209.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que pagemos por un medicamento que usted ya tiene y pagó?</p> <p><b>Puede pedirnos que le devolvamos el pago.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Pase a la <b>sección F4</b> en la página 209.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Puede apelar.</b> (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos).</p> <p>Pase a la <b>sección F5</b> en la página 213.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra lista de medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta podrán pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
  - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 2.
  - No puede solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, sección C, página 134).
  - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
    - Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa”).
    - Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “tratamiento progresivo”).
    - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos limitamos la cantidad del medicamento que usted tiene.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Si aceptamos hacer una excepción y eximir una restricción para usted, todavía puede solicitar una excepción por el monto del copago que le pedimos que pague por el medicamento.

**El término legal**, que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es “**excepción de la Lista**”.

### F3. Cosas importantes que debe saber para pedir excepciones

#### Su médico u otro profesional que receta deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deberán presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estos son llamados medicamentos “alternativos”. En general, no aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alterno funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

#### Diremos Sí o No a su pedido de una excepción

- Si decimos **Sí** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si decimos que **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. En la sección F5 en la página 213, se explica cómo presentar una apelación si decimos **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### F4. **Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción**

##### **Qué debe hacer**

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Usted o su médico (u otro profesional que receta) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la sección D en la página 184 para saber cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional que receta para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento, consulte el Capítulo 7, sección A, página 158 de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.

##### **En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago**

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pida a su representante o médico u otro profesional que receta que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que receta.
- Usted o su médico u otro profesional que receta pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas).
- ¡Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Si está pidiendo una excepción, incluya la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que receta también pueden explicarnos sus razones por teléfono y después enviarnos una declaración por fax o por correo.

### **Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión rápida sobre cobertura”**

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo en usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre cobertura** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

**El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “determinación sobre cobertura acelerada”.**

Usted podrá obtener una decisión rápida sobre cobertura solo si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede recibir una decisión rápida sobre cobertura si nos solicita que le pagemos un medicamento que usted ya compró).

Usted podrá obtener una decisión rápida sobre cobertura solo si usando las fechas límite estándar podríamos causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse.

Si su médico u otro profesional que receta dicen que su salud requiere una “decisión rápida sobre cobertura”, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura y se lo diremos en la carta.

- Si usted nos pide tomar una decisión rápida sobre cobertura (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), nosotros decidiremos si le daremos una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su estado médico no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión rápida sobre cobertura, utilizaremos las fechas límite estándar.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
- Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta para su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la sección J en la página 234.

### **Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”**

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta en 24 horas. Esto significa 24 horas después de recibir su pedido. Si nos está pidiendo una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o profesional que receta apoyando su solicitud. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o profesional que receta respaldando su pedido.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué tomamos esa decisión. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido**

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de recibir su solicitud. O bien, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o profesional que receta. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o profesional que receta.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué tomamos esa decisión. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué tomamos esa decisión. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro profesional que receta o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. Además, puede pedir una apelación llamándonos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación a **más tardar en 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Por ejemplo, un motivo justificado para no cumplir con el plazo sería que usted tuvo una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros o que no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- Usted tiene derecho de pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

### En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico, profesional que receta o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Usted, su médico, profesional que receta o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
- ¡Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de los medicamentos de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

Si quiere, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida.”
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” y están en la sección F4 en la página 209.

**El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación expedita”.**

### Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos que hayamos cumplido con todas las reglas cuando le respondimos que **No**. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura inicial.

### Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo exige.
- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué respondimos que **No**.

### Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo que no supere los 7 días calendario después de recibir su apelación o antes, si su salud lo exige, excepto cuando nos solicite que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró. Si nos solicita que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días naturales, o de 14 días naturales en caso de que pida que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero en un plazo que no supere los 7 días naturales después de recibir su apelación, o los 14 días naturales si nos pidió que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda su apelación, puede elegir si aceptamos esta decisión o hacemos otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando realice una apelación ante IRE, les enviaremos el expediente de su caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso llamando a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Tiene derecho de proporcionar a IRE otra información que respalde su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE revisarán otra vez toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si quiere que una Entidad de revisión independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito.

- Haga su solicitud **dentro de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Usted, su médico, otro profesional que receta o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- ¡Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

**El término legal** para una apelación ante IRE sobre un medicamento de la Parte D es “**reconsideración**”.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- La IRE acepta darle una “apelación rápida”. Debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura del medicamento en 24 horas después de recibir la decisión.

## Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la entidad de revisión independiente (IRE), debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo que no supere los 7 días naturales después de recibir su apelación, o los 14 días naturales en caso de que pida que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura del medicamento en 72 horas después de recibir la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en el plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión.

## ¿Qué sucede si la entidad de revisión independiente responde No a su apelación de Nivel 2?

Si la Entidad de revisión independiente (IRE) dice que **No**, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que está solicitando deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le indicará el valor en dólares que necesita para continuar con el proceso de apelación.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## G. Cómo pedir cobertura de una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho de recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

### G1. Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Consulte cuidadosamente este aviso y pregunte si no entiende algo. El Mensaje importante le indica sus derechos como paciente del hospital, incluyendo sus derechos de:

- Obtener los servicios cubiertos de Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho de saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre el plazo de su estadía en el hospital.
- Saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de la atención en el hospital.
- Haga una apelación si considera que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha del alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para obtener una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratis.
- También puede ver el aviso en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).
- Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 o a Medicare a los números antes mencionados.

## **G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Si usted quiere que cubramos sus servicios de paciente hospitalizado en el hospital por un tiempo más largo, deberá presentar una apelación. Una Organización de mejoramiento de la calidad revisará la apelación de Nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada. La Organización de mejoramiento de la calidad en California se llama Livanta BFCC-QIO.

Para presentar una apelación para cambiar la fecha del alta, llame a Livanta, BFCC-QIO al: 1-877-588-1123, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-887-6668.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad **antes de salir** del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad.

- **Si llama antes de salir** del hospital, se le permitirá quedarse después de la fecha de su salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización de mejoramiento de la calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos en el hospital después de la fecha programada para su salida.
- **Si pierde la fecha límite para** comunicarse sobre su apelación con la Organización de mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para obtener información, consulte la sección G4 en la página 223.
- Debido a que Medicare y Medi-Cal cubren las internaciones, si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud de continuar su internación, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o usted tiene dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California una revisión médica independiente. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al DMHC.

### En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado al 1-877-588-1123 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta planificada.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. O bien, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## ¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

### Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización de mejoramiento de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Solicitar una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que utilice las fechas límite rápidas para la apelación en lugar de usar las fechas límite estándar.

**El término legal** para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

## ¿Qué ocurre durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con la fecha de su salida al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

**El término legal** para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de su salida**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede ver un aviso de muestra en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### ¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de mejoramiento de la calidad dice **Sí** a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios en el hospital por el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de mejoramiento de la calidad dice **No** a su apelación, significa que su fecha programada de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día *después* de que la Organización de mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización de mejoramiento de la calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, entonces tendrá que pagar por su estadía en el hospital. El costo por la atención en el hospital que posiblemente deberá pagar, comienza a mediodía del día después de que la Organización de mejoramiento de la calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización de mejoramiento de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, podrá presentar una apelación de Nivel 2 según lo descrito en la siguiente sección.

### **G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Si la Organización de mejoramiento de la calidad rechazó su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, podrá presentar una apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejoramiento de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



La Organización de mejoramiento de la calidad en California se llama Livanta BFCC-QIO. Se puede comunicar con Livanta BFCC-QIO llamando al: **1-877-588-1123**.

- Los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

### **En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta**

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite otra revisión.

### **¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?**

- Debemos pagarle nuestra parte de los costos de atención en el hospital que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente hospitalizado todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

### **¿Qué sucederá si la respuesta es No?**

Esto quiere decir que la Organización de mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le informará lo que puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización de mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha planificada para el alta.

También puede presentar una queja o pedir al DMHC una Revisión médica independiente para continuar su internación. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al DMHC.

### **G4. ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para apelar?**

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2 llamadas apelaciones alternas. Sin embargo, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Apelación alterna de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la organización de mejoramiento de la calidad (que es de un plazo de 60 días o antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple todas las reglas.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida”.
- **Si respondemos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con que usted todavía necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario.
- También que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si respondemos que No a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para su salida, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
- Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando respondimos que **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### En resumen: Cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1

Llame al número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida” de su fecha de salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación expedita**”.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Apelación alterna de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite, puede presentar una queja. En la sección J en la página 234, se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando respondimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.
- Si la IRE dice que **Sí** a su apelación, entonces debemos pagar nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde su fecha programada de salida. También debemos seguir proporcionando cobertura por sus servicios hospitalarios todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si esta organización dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.
- La carta que recibirá de la IRE le indicará lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

### En resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

También puede presentar una queja y pedir al DMHC una Revisión médica independiente para continuar su internación. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al DMHC. Puede pedir una Revisión médica independiente además o en lugar de una apelación de Nivel 3.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en una Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Cuidados especializados de enfermería en una centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en una Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) aprobado por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
  - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar por su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

### H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se conoce como Aviso de no cobertura de Medicare.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Antes de que inicie su apelación, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. En la sección J en la página 234 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. O bien llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222.

### En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para pedirle al plan que continúe pagando su atención

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite una “apelación acelerada”.

Llame antes de dejar la agencia o centro que le está proporcionando la atención y antes de su alta programada.

Durante la apelación de Nivel 1, una Organización de mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión que tomamos. La Organización de mejoramiento de la calidad en California se llama Livanta BFCC-QIO. Se puede comunicar con Livanta BFCC-QIO llamando al: 1-877-588-1123. La información acerca de la apelación ante la Organización de mejoramiento de la calidad también aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

### ¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación acelerada”. Esta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios.

## ¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización de mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para obtener información sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la sección H4 en la página 231.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no escucha su solicitud de continuar la cobertura de los servicios de cuidados de la salud o si cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California una revisión médica independiente. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo presentar una queja y pedir una Revisión médica independiente al DMHC.

El **término legal** del aviso por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”.

Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede ver una copia en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html).

## ¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización de mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Cuando solicite una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización de mejoramiento de la calidad para explicar por qué deberían finalizar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

**El término legal** para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “**Notificación detallada que no dará cobertura**”.

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucederá si los revisores dicen No?

- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le informamos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en una Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted tendrá que pagar el costo total por este cuidado.

### H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su atención

Si la Organización de mejoramiento de la calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización de mejoramiento de la calidad revisará otra vez la decisión que hicieron en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en una Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

En California, la Organización de mejoramiento de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Se puede comunicar con Livanta BFCC-QIO llamando al 1-877-588-1123. Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización de mejoramiento de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de mejoramiento de la calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.
- Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión médica independiente para continuar recibiendo la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo pedir una Revisión médica independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión médica independiente al DMHC además o en lugar de una apelación de Nivel 3.

### **En resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo**

Llame a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-877-588-1123 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o centro que le está proporcionando la atención y antes de su alta programada.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### H4. ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2 llamadas apelaciones alternas. Sin embargo, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

##### Apelación alterna de Nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, revisaremos toda la información sobre su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
- **Si respondemos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- También que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si respondemos que No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

##### En resumen: Cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1

Llame al número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente” para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos que **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación expedita**”.

## **Apelación alterna de Nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo**

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite, puede presentar una queja. En la sección J en la página 234, se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando respondimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hace una “revisión rápida” de su apelación. Por lo general, los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE revisarán otra vez toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces debemos pagar nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con la cobertura de sus servicios todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice No** a su apelación, es porque están de acuerdo con nosotros que la suspensión de la cobertura de los servicios era médicamente adecuada.

### **En resumen: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado**

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que recibirá de la IRE le indicará lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3, de la cual estará a cargo de un juez.

También puede presentar una queja y pedir al DMHC una Revisión médica independiente para continuar recibiendo la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud. Consulte la sección E4 en la página 196 para saber cómo pedir 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 alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

### I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho de niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente le explicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que se encarga de tomar la decisión en una apelación de nivel 3 debe ser un juez de derecho administrativo (ALJ) o un agente conciliador. Si desea que un ALJ o un agente conciliador revise su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o a un agente conciliador que intervenga en su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ o el agente conciliador, puede dirigirse al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga el derecho de pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

### I2. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que podrían ser cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal y desea que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia o solicitar una revisión judicial.

Para pedir una nueva audiencia, envíe por correo una solicitud por escrito (una carta) a:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Esta carta se debe enviar en un plazo de 30 días después de que reciba su decisión. Esta fecha límite se puede extender hasta 180 días si tiene una buena razón para atrasarse.

En su solicitud de una nueva audiencia, indique la fecha en que recibió su decisión y por qué se le debe dar una nueva audiencia. Si desea presentar pruebas adicionales, describa dichas pruebas y explique por qué no fueron presentadas antes y cómo afectarían la decisión. Para obtener asistencia puede comunicarse con Servicios legales.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Para pedir una revisión judicial, debe presentar una petición ante la Corte superior (según el Procedimiento de la sección 1094.5 del código civil) dentro de un año después de recibir nuestra decisión. Presente la petición ante la Corte superior del condado mencionado en su decisión. Usted puede presentar esta petición sin pedir otra audiencia. No tendrá que pagar por costos para presentar la petición. Usted puede tener derecho de que le paguen por costos y honorarios razonables de un abogado si la Corte toma una decisión final a su favor.

Si tiene una nueva audiencia y no está de acuerdo con la decisión de la nueva audiencia, puede pedir una revisión judicial pero no puede pedir otra audiencia.

---

## J. Cómo presentar una queja

### J1. ¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa solo para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

#### Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

#### Quejas sobre la privacidad

- Si cree que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### Quejas sobre el mal Servicio al Cliente

- Si un proveedor de cuidados de la salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de SCFHP lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

#### Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede tener acceso físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico u otro proveedor.

---

#### En resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna a nuestro plan y/o una queja externa con una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, consulte la sección J3 en la página 237.

---

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Su proveedor no le proporciona las adaptaciones razonables que necesita, tales como un intérprete de lenguaje de señas americano (ASL).

### **Quejas sobre los tiempos de espera**

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud o el personal de Servicio al Cliente u otro personal del plan le han hecho esperar mucho tiempo.

### **Quejas sobre la limpieza**

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

### **Quejas sobre el acceso lingüístico**

- Su médico o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

### **Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros**

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

### **Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones sobre cobertura o apelaciones**

- Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

**El término legal para una “queja” es un “reclamo”.**

**El término legal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.**



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## ¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta con y la revisa nuestro plan. Una queja externa se presenta a y la revisa una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

### J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es acerca de un medicamento de la Parte D, usted debe presentarla **dentro de 60 días calendario** después de tener el problema por el que quiere quejarse.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicio al Cliente se lo informará.
- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Puede utilizar nuestro formulario “Cal MediConnect Member Grievance and Appeal Form” (Formulario de queja y solicitud de apelación del miembro de Cal MediConnect) disponible en nuestro sitio web, en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Todos los proveedores del plan pueden darle el formulario, o bien, nosotros podemos enviarle uno por correo. También puede presentar una queja por Internet. Puede darle un formulario completo a nuestro proveedor del plan o enviárnosla a la siguiente dirección:

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Le llamaremos o enviaremos una carta en cinco días para confirmarle que recibimos su queja. Trabajaremos para resolver la queja y nos pondremos en contacto con usted o su proveedor para obtener más información.

Todo el proceso se resolverá en 30 días. En este plazo, le enviaremos una carta que explique nuestra decisión.

Puede presentar una “queja rápida” si no está de acuerdo con nuestra decisión de no acelerar su solicitud de una decisión de cobertura o apelación, o nuestra decisión de extender el plazo para una decisión de cobertura o apelación. Responderemos a su queja rápida en 24 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**El término legal para “una queja rápida” es “reclamación expedita”.**

Es posible que le respondamos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su estado médico nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario debido a que necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le brindaremos una actualización de estado y un tiempo aproximado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión sobre cobertura, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si no **estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja, le diremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

### J3. Quejas externas

#### **Usted puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas a Medicare está disponible en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Usted puede informar a Medi-Cal sobre su queja**

El Programa Ombuds de Cal MediConnect también ayuda a resolver los problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionar. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

El número de teléfono del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Los servicios son gratuitos.

### **Usted puede informar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California sobre su queja**

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar el Centro de Asistencia de DMHC con respecto a las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede comunicarse con el DMHC si necesita ayuda con una queja sobre un problema urgente o que representa una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene dolor intenso, si está en desacuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no resolvió su queja después de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener ayuda del Centro de Asistencia:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas para oír o hablar pueden usar la línea de TTY para llamadas sin costo, 1-877-688-9891. La llamada es gratis.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### **Puede presentar una queja con la Oficina de derechos civiles**

Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) si considera que no se le trató de manera justa. Por ejemplo, usted puede presentar una queja acerca del acceso para discapacitados o la ayuda 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. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/index.html) para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de derechos civiles local a:

Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019  
Fax: 1-202-619-3818  
TDD: 1-800-537-7697  
Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Es posible que también tenga derechos según la Ley sobre Americanos con Discapacidades y cualquier otra ley estatal vigente. Puede ponerse en contacto con el programa de defensoría del Programa Ombuds de Cal MediConnect para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

### **Puede presentar una queja con la Organización de mejoramiento de la calidad**

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización de mejoramiento de la calidad (sin presentarla a nosotros).
- También puede presentar su queja a nosotros y a la Organización de mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización de mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la organización de mejoramiento de la calidad, consulte el Capítulo 2, página 21.

La Organización de mejoramiento de la calidad en California se llama Livanta BFCC-QIO. El teléfono de Livanta BFCC-QIO es 1-877-588-1123.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect

---

### Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si deja nuestro plan, todavía estará en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que cumpla con los requisitos. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect.....	241
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect.....	242
C. Cómo unirse a un plan de Cal MediConnect diferente .....	242
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado .....	243
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	243
D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal .....	245
E. Cómo seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.....	246
F. Otras situaciones en las que se puede cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect .....	246
G. Reglas que nos impiden pedirle que deje nuestro Plan de Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud .....	248
H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	248
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan.....	249

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect

Puede cancelar su membresía del Plan de Cal MediConnect de SCFHP (Plan de Medicare-Medicaid) en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en otro plan Cal MediConnect, o si decide cambiarse a Medicare Original.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero en este ejemplo).

Cuando usted finaliza su membresía en nuestro plan, continuará estando inscrito en SCFHP para sus servicios de Medi-Cal, a menos que elija un plan de Cal MediConnect diferente o un plan de Medi-Cal diferente. Usted también puede elegir sus opciones de inscripción en Medicare cuando termine su membresía en nuestro plan. Si se retira de nuestro plan, puede obtener información acerca de lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la página 243.
- Servicios de Medi-Cal en la página 245.

Para obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía, puede llamar a los siguientes teléfonos:

- Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California, al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**NOTA:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de plan. Consulte el Capítulo 5, sección G, página 143 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

---

## B. Cómo cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect

Si decide terminar su membresía, diga a Medi-Cal o Medicare que quiere dejar Plan de Cal MediConnect de SCFHP:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para escuchar o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 243, encontrará más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su membresía en nuestro plan.

---

## C. Cómo unirse a un plan de Cal MediConnect diferente

Si desea seguir recibiendo los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un único plan, puede unirse a un Plan de Cal MediConnect diferente.

Para inscribirse en otro plan de Cal MediConnect:

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígales que desea dejar Plan de Cal MediConnect de SCFHP e inscribirse en otro plan de Cal MediConnect. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar los otros planes disponibles en su área.

Su cobertura con Plan de Cal MediConnect de SCFHP terminará el último día del mes en el que recibimos su solicitud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si usted no quiere inscribirse en otro plan de Cal MediConnect después de dejar de participar en Plan de Cal MediConnect de SCFHP, volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

### D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Cuando elige una de estas opciones, termina automáticamente su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect:

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare como el plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos necesarios de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de Atención con Todo Incluido para el Adulto Mayor (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Su inscripción en Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Usted solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de venta con receta si tiene cobertura de medicamentos de otras fuentes, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Se cancelará su inscripción del Plan de Cal MediConnect de SCFHP automáticamente cuando empiece su cobertura de Medicare Original.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## D2. Cómo obtener sus servicios de Medi-Cal

Si usted deja nuestro Plan de Cal MediConnect, continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de SCFHP a menos que seleccione otro plan para sus servicios de Medi-Cal.

Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de servicios y apoyo a largo plazo y cuidado para los trastornos de salud conductual.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Si desea elegir un plan diferente para sus servicios de Medi-Cal, debe informarlo a Health Care Options cuando pida que cancelen su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect.

- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. Dígalos que desea dejar Plan de Cal MediConnect de SCFHP e inscribirse en otro plan administrado por Medi-Cal. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar los otros planes disponibles en su área.

Cuando usted termine su membresía con nuestro Plan de Cal MediConnect, recibirá una tarjeta de identificación nueva del miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* para su cobertura de Medi-Cal.

---

## E. Cómo seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si usted deja Plan de Cal MediConnect de SCFHP, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y que comience su cobertura nueva de Medicare y Medi-Cal. Consulte la página 241 para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de la salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Sus medicamentos de venta con receta usualmente están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red, que incluye nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termine su membresía, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro Plan de Cal MediConnect hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

---

## F. Otras situaciones en las que se puede cancelar su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect

Estos son los casos en los que Plan de Cal MediConnect de SCFHP deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Si ya no reúne los requisitos para pertenecer a Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medi-Cal. Para ser miembro de Plan de Cal MediConnect de SCFHP, debe mantener su elegibilidad con Medi-Cal y Medicare. Existe la posibilidad de que el Estado o Medicare cancele su inscripción si se determina que ya no cumple con los requisitos de Cal MediConnect.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o sale en un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se mudará o a donde está viajando está dentro de nuestra área de servicio del plan.
- Si termina en la cárcel o en prisión por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de venta con receta.
- Si no es un ciudadano estadounidense o está viviendo ilegalmente en los Estados Unidos.

Para ser miembro de nuestro plan, usted debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o debe vivir legalmente en los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro sobre esta base. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Si ya no califica para obtener los beneficios de Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado y usted ya no es elegible según los requisitos del programa de Cal MediConnect, puede continuar recibiendo sus beneficios del Plan de Cal MediConnect de SCFHP por un período extra de dos meses. Este plazo adicional le ayudará a corregir su información de elegibilidad si usted considera que todavía cumple con los requisitos. Recibirá una carta de nuestra parte relacionada con el cambio en su elegibilidad y con las instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

- Para seguir siendo miembro del programa Plan de Cal MediConnect de SCFHP, debe calificar otra vez en el último día del período de dos meses.
- Si no califica al final del período de dos meses, se cancelará su inscripción en el programa Plan de Cal MediConnect de SCFHP.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Podremos hacer que usted se retire de nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

---

## **G. Reglas que nos impiden pedirle que deje nuestro Plan de Cal MediConnect por cualquier motivo relacionado con su salud**

Si cree que le pidieron que se fuera de nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud, debe llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También debe llamar al **Programa Ombuds de Cal MediConnect** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

---

## **H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si terminamos su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect, debemos darle por escrito nuestros motivos por hacerlo. Además debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede ver el Capítulo 9, sección J, página 234 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, usted puede:

- Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Llame a Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).
- Llame al Programa Ombuds de Cal MediConnect al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Contenido

A. Aviso sobre las leyes .....	251
B. Aviso sobre no discriminación .....	251
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia .....	251
D. Responsabilidad de terceros .....	252
E. Declaración de no discriminación .....	253
F. Aviso de Prácticas de Privacidad.....	255
G. Fraude, desperdicio y abuso.....	263
G1. Fraude en la atención médica .....	263
G2. Cómo denunciar situaciones de fraude, desperdicio y abuso .....	265
H. Declaración afirmativa sobre los incentivos .....	266
I. Cómo Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) evalúa las nuevas tecnologías .....	267
J. Quality Improvement.....	267

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

---

## B. Aviso sobre no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer la ley que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos o tratamos de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, país de origen, raza, religión o sexo. Además, no lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por su ascendencia, estado civil u orientación sexual.

Si desea más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad al 1-800-368-1019. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a los servicios de cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, tal como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicio al Cliente le puede ayudar.

---

## C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos por Medicare cuando Medicare no es la entidad que tiene que pagar primero.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

El programa Cal MediConnect cumple con las leyes y reglamentos estatales y federales relacionados con la responsabilidad legal de terceros, para servicios de cuidado de la salud proporcionados a miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para asegurar que el programa Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

---

## D. Responsabilidad de terceros

Usted debe indicar a SCFHP si se lesiona o se enferma por la falta o la negligencia de otra persona. SCFHP informará al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) acerca de su caso.

Si otra fuente (un tercero) paga el costo de los servicios, DHCS puede tener derecho de obtener un reembolso del tercero. Si DHCS no cubre estos costos, puede hacerlo SCFHP. DHCS tiene derecho de recuperar y solicitar al tercero el pago de los servicios que le brindemos si:

- Usted se enferma o lesiona a causa de alguien más, como en un accidente automovilístico (o accidente responsabilidad legal de terceros)
- Se lesiona en el trabajo (compensación laboral)
- Existe una deuda (recuperación de bienes)

Cuando DHCS tenga derecho de recuperar dinero debido a la acción de un tercero:

- Le proporcionaremos cualquier Servicio médicamente necesario en el momento en que se requieran los Servicios
- Nosotros informaremos a DHCS acerca de cualquier acción de un tercero si es de nuestro conocimiento
- Le pediremos al tercero que nos reembolse el valor de los servicios prestados
- Usted deberá ayudarnos a obtener la información necesaria del tercero para poder obtener el pago respectivo

Recuerde que:

- Si el tercero le paga el dinero, usted debe pagar a DHCS por los servicios ya pagados por nosotros o ya dados a usted por nosotros
- El monto de su deuda con DHCS nunca será mayor que el monto que usted obtenga del tercero

Este acuerdo comprende los servicios brindados en virtud de cualquier otro programa de atención médica estatal o federal, o en virtud de cualquier otro derecho contractual o legal, pero no se limita a cualquier servicio de cuidado de la salud brindado como

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



resultado de un reclamo de baja o agravio (tal como un accidente automovilístico o compensación laboral) de un tercero. La otra cobertura es la principal y Medi-Cal es quien paga como último recurso.

---

## E. Declaración de no discriminación

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad ni el sexo. SCFHP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

SCFHP:

- Ofrece ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se puedan comunicar con nosotros de manera eficaz, como:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- SCFHP proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si cree que SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119

Teléfono: 1-877-723-4795

TTY: 711

Fax: 1-408-874-1962

Correo electrónico: [CalMediConnectGrievances@scfhp.com](mailto:CalMediConnectGrievances@scfhp.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un representante de Servicio al Cliente puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los EE. UU. por vía electrónica mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## F. Aviso de Prácticas de Privacidad

*Con vigencia a partir del: 1 de enero de 2016*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

En este aviso utilizamos los términos “nosotros”, “nos” y “nuestro” para referirnos a Santa Clara Family Health Plan.

Las leyes estatales y federales exigen a Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) que proteja su información médica. También requerimos que todos los proveedores y vendedores contratados protejan su información médica. Debemos proporcionarle este aviso que le indica cómo podemos usar y compartir su información. También le informa cuáles son sus derechos.

### ***Su información es personal y privada***

Obtenemos información sobre usted de las agencias federales, estatales y locales cuando cumple con los requisitos para inscribirse en nuestro plan de salud. También obtenemos información médica de sus proveedores de cuidados de la salud, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su atención médica.

### ***¿Qué es la “información médica protegida”?***

Su información médica protegida (PHI) es la información médica que contiene identificadores, como su nombre, número de Seguro Social y otra información que revela quién es usted. Por ejemplo, sus registros médicos son PHI ya que incluyen su nombre y otros identificadores.

Nuestro personal sigue políticas y procedimientos que protegen su información médica, que nos ha sido proporcionada de forma oral, escrita o electrónica. Nuestro personal recibe capacitación que cubre maneras internas en que se puede usar la PHI oral, escrita y electrónica de los miembros o la manera en que se puede revelar en la organización. Todo nuestro personal que pueda tener acceso a su información médica ha sido capacitado sobre las leyes de privacidad y seguridad de la información. El personal tiene acceso solo a la cantidad de información que necesitan para realizar su trabajo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Nuestros empleados también siguen prácticas, políticas y procedimientos internos para proteger cualquier conversación sobre su información médica. Por ejemplo, los empleados no tienen permitido hablar sobre su información en el elevador o en los pasillos. Los empleados también deben proteger cualquier documento escrito o electrónico que contenga su información médica en toda la organización.

Nuestros sistemas de computadora protegen su PHI electrónica en todo momento por medio de varios niveles de protección por contraseña y tecnología de software. Las máquinas de fax, impresoras, fotocopiadoras, pantallas de las computadoras, estaciones de trabajo, discos de medios portátiles que contienen su información se protegen cuidadosamente de otras personas que no deben tener acceso a la información. Los empleados deben asegurarse de que la PHI del miembro sea recogida de las máquinas de fax, impresoras y fotocopiadoras y que solo las personas que tienen acceso la reciban. Los dispositivos de medios portátiles que contienen PHI están cifrados y deben tener aplicadas protecciones de contraseñas. Las pantallas de las computadoras deben estar bloqueadas cuando los empleados están lejos de sus escritorios y oficinas. Las gavetas y los armarios que contienen PHI en las estaciones de trabajo cuentan con cerradura de seguridad.

### ***Cambios en el Aviso de Prácticas de Privacidad***

Debemos obedecer el aviso que estamos usando ahora. Tenemos derecho de cambiar estas prácticas de privacidad. Cualquier cambio en nuestras prácticas se aplicará a toda su información médica. Si hacemos cambios requeridos por la ley, le avisaremos.

### ***Cómo podemos usar y compartir su información***

Podemos usar y compartir su información únicamente para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Parte de la información que usamos y compartimos incluye:

- su nombre,
- dirección,
- detalles personales,
- atención médica que se le proporcionó,
- el costo de su atención médica y
- su historia médica.

Algunas acciones que tomamos cuando actuamos como su plan de salud incluyen:

- verificar si tiene cobertura,

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- aprobar, proporcionar y pagar los servicios,
- investigar o procesar casos (tales como fraude),
- comprobar la calidad de la atención que recibe y
- asegurarnos de que reciba toda la atención que necesita.

Algunos ejemplos de por qué debemos compartir su información con otras personas involucradas en su cuidado de la salud son:

- **Para tratamiento:** es posible que necesite tratamiento médico que se debe aprobar con anticipación. Compartiremos información con proveedores de cuidados de la salud, hospitales y otros para asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- **Para pago:** usaremos su PHI para pagar los reclamos de cuidado de la salud que nos envíen para su atención médica. Cuando hacemos esto, compartimos información con los proveedores de cuidados de la salud, clínicas y otros que nos envían facturas por su atención. Además, es posible que enviemos las facturas a otras organizaciones o planes de salud para el pago.
- **Para las operaciones de cuidado de la salud:** podemos usar la información de su expediente médico para verificar la calidad del cuidado de la salud que usted recibe. Podemos usar esta información en auditorías, programas para evitar el fraude y el abuso, planificación y administración general.
- **Para los asociados comerciales:** podemos usar o divulgar su PHI a una compañía externa que nos ayude para operar nuestro sistema de salud.

### ***Otros usos de su información médica***

La siguiente es una descripción de otras maneras posibles en las que podríamos (y tenemos permitido) usar o revelar su información médica protegida:

- Podríamos proporcionar la información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditación o acciones disciplinarias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- Es posible que usted, su médico, el hospital u otros proveedores de cuidados de la salud no estén de acuerdo si decidimos no pagar su atención. Podemos usar su información médica para revisar estas decisiones.
- Podemos compartir su información médica con grupos que verifican cómo nuestro plan de salud proporciona los servicios.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Podemos compartir información con las personas involucradas en el cuidado de la salud o con su representante personal.
- Debemos compartir su información médica con el gobierno federal cuando esté verificando cómo cumplimos las reglas de privacidad.
- Podemos compartir su información médica con organizaciones que obtienen órganos o tejidos para trasplantes, cuentan con bancos de órganos o reciban donaciones para trasplantes de órganos o tejidos.
- Podemos compartir su información médica acerca de una enfermedad o lesión con indemnización laboral después de una solicitud escrita de su empleador, aseguradora de indemnización laboral o sus representantes.
- Podemos usar y compartir su información médica para determinados tipos de investigación.
- Podemos revelar su información para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir, entre otras, las siguientes:
  - evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - reportar nacimientos y muertes;
  - reportar abuso infantil o negligencia;
  - reportar problemas con medicamentos y otros productos médicos;
  - notificar al público sobre productos retirados del mercado que se puedan estar utilizando, y
  - avisar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad o que pudiera estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o estado médico.

### ***Cuándo se necesita un permiso por escrito***

Si deseamos utilizar su información para cualquier propósito que no se menciona anteriormente, debemos obtener su permiso por escrito. Si nos da su permiso, puede retirarlo por escrito en cualquier momento.

### ***¿Qué son sus derechos de privacidad?***

Usted tiene derecho de pedirnos que no usemos ni compartamos su información de atención médica protegida. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique lo que desea. O bien, podemos llenar el formulario por usted. Es posible que no podamos cumplir con su solicitud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Usted tiene derecho de pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a una dirección diferente, a un apartado postal o por teléfono. Cumpliremos solicitudes razonables para proteger su seguridad cuando sea necesario.

Usted o su representante personal tienen derecho de obtener una copia de su información médica. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique de qué información desea una copia. Es posible que tenga que pagar los costos de las copias y el envío por correo de los registros. (Es posible que no le permitamos ver algunas partes de sus registros por razones permitidas por la ley).

Usted tiene derecho de solicitar que se cambie la información de su registro si no está completa o no es correcta. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos indique qué cambios desea. Podremos rechazar su solicitud si:

- la información no fue creada o guardada por SCFHP;
- la información no forma parte de un conjunto estándar de información archivada por SCFHP;
- la información ha sido recopilada para un caso judicial u otras acciones legales, o
- consideramos que es correcta y está completa.

Le informaremos si aceptamos hacer los cambios que desea. Si no aceptamos realizar los cambios que desea, le enviaremos una carta indicándole la razón. Puede pedirnos que revisemos nuestra decisión si no está de acuerdo con esta. También podrá enviar una declaración en la que indique por qué no está de acuerdo con nuestros registros. Conservaremos su carta con sus registros.

### **Importante**

**Tenga en cuenta que Santa Clara Family Health Plan no tiene copias completas de sus registros médicos.**

**Si quiere ver, obtener una copia de, o cambiar sus Registros médicos, comuníquese con su Médico o clínica.**

Cuando compartimos su información de salud, tiene derecho de solicitar una lista que indique:

- con quién compartimos la información;
- cuándo la compartimos;
- por qué razones, y
- qué información hemos compartido.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Esta lista no incluirá información que le hayamos proporcionado a usted, con su autorización o para tratamiento, pago u operaciones del plan de salud.

Usted tiene derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

También podrá consultar este aviso en nuestro sitio web en la siguiente dirección:

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

### ***Incumplimiento de privacidad***

El término “violación al sistema de seguridad” se refiere a la adquisición no autorizada de información computarizada que compromete la seguridad, la confidencialidad o la integridad de la información personal de un miembro almacenada por SCFHP. La adquisición de buena fe de la información personal de un miembro por un empleado o agente de SCFHP para los fines de SCFHP no se considera una violación al sistema de seguridad, siempre que la información personal no se utilice o esté sujeta a una divulgación adicional no autorizada.

La Información personal se refiere al nombre o inicial del primer nombre y apellido del miembro, en combinación con uno o varios de los siguientes elementos de información, cuando el nombre o los elementos de información no están codificados:

- Número de Seguro Social;
- número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación de California;
- número de tarjeta de crédito o débito o de cuenta, en combinación con cualquier código de seguridad, código de acceso o contraseña que permita el acceso a la cuenta financiera de una persona;
- información médica; o)
- información del seguro de salud.

La información personal no incluye la información que está disponible al público, que es legalmente disponible al público en general a través de los registros del gobierno federal, estatal o local. La información médica se refiere a cualquier información relacionada con la historia médica del miembro, con un estado médico físico o de salud mental o un tratamiento o diagnóstico médico realizado por un profesional del cuidado de la salud. La información del seguro de salud se refiere al número de póliza o de identificación de suscriptor del miembro, cualquier identificador único que utilice una compañía de seguros médicos para identificar al miembro o cualquier información incluida en el registro de solicitudes y reclamos de un miembro, incluyendo cualquier registro de apelaciones.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



En caso de que una persona no autorizada adquiera información de salud privada de los Miembros, SCFHP informará a los Miembros sobre la violación, tan pronto como sea posible, sin ningún retraso que no sea razonable y coherente con las necesidades legítimas del cumplimiento de la ley o de cualquier medida necesaria para determinar el alcance de la violación y restablecer razonablemente la integridad del sistema de información.

El aviso sobre la violación a la seguridad que se proporcione a los miembros deberá ser escrito en un lenguaje sencillo e incluir (por lo menos) el nombre y la información de contacto del miembro quien se supone razonablemente que ha sido víctima de la violación. El aviso debe incluir la siguiente información, si es posible determinarla en el momento de proporcionarlo: la fecha de la violación; la fecha en que ocurrió la violación; la fecha aproximada de la violación, o el posible período en que pudo ocurrir la violación. La notificación también debe incluir la fecha del aviso, si la notificación se retrasó como resultado de una investigación policíaca, una descripción general del incidente de la violación y los números de teléfono para llamada gratuita y las direcciones de las principales agencias de informes de crédito si la violación expuso un número de Seguro social, un número de licencia de conducir o un número de tarjeta de identificación de California. A discreción de SCFHP, el aviso también puede incluir información sobre lo que SCFHP ha hecho para proteger a los Miembros cuya información ha sido violada y asesoría respecto a los pasos que el Miembro cuya información fue violada puede tomar para protegerse.

El aviso de violación a la seguridad puede ser proporcionado por uno de los siguientes métodos:

- aviso por escrito;
- aviso electrónico; o
- aviso sustituto.

Se puede utilizar un aviso sustituto si SCFHP demuestra que el costo de dar aviso excedería la suma de doscientos cincuenta mil dólares (\$250,000) o la cantidad de miembros afectados a quienes se les debe enviar el aviso excede de 500,000, o si SCFHP no cuenta con suficiente información de contacto de los miembros. El aviso sustituto consiste en todo lo siguiente:

- aviso por correo electrónico si SCFHP cuenta con una dirección de correo electrónico de los miembros afectados;
- publicación visible del anuncio en el sitio web de SCFHP; y
- notificación a los principales medios estatales y la Oficina de Seguridad de la Información dentro de la Agencia de Tecnología de California.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Si la violación afecta a más de 500 miembros, SCFHP debe enviar una sola copia de la notificación de la violación a la seguridad al Fiscal General (excluyendo cualquier información de identificación personal).

LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SCFHP PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS SE ENCUENTRAN DISPONIBLES Y SE LE ENTREGARÁN PREVIA SOLICITUD.

### ***¿Cómo se puede comunicar con nosotros para usar sus derechos?***

Si usted desea usar cualquiera de los derechos de privacidad que se describen en este aviso, llame o escribanos a:

Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Número gratuito: **1-877-723-4795**  
Fax: **1-408-874-1970**  
TTY: **711**

### ***Quejas***

Si usted considera que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, puede presentar una queja por teléfono o por escrito a:

Attn: Compliance and Privacy Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Número gratuito: **1-877-723-4795**  
Fax: **1-408-874-1970**  
TTY: **711**

O bien, usted se puede comunicar con las agencias siguientes:

Línea directa de la Oficina de privacidad/Oficina de cumplimiento de HIPAA (OHC)  
Teléfono: **1-916-445-4646**  
Número gratuito: **1-866-866-0602**  
Correo electrónico: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Attn: Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th St, Ste 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Centro de respuesta al cliente: **1-800-368-1019**  
Fax: **1-202-619-3818**  
TDD: **1-800-537-7697**  
Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### ***Use sus derechos sin miedo***

No podemos quitarle sus beneficios del cuidado de la salud ni hacer nada para perjudicarlo de ninguna forma si presenta una queja, exige o hace uso de cualquiera de los derechos de privacidad de este aviso.

### ***Preguntas***

Si tiene preguntas sobre este aviso y desea más información, comuníquese con el Oficial de Privacidad de SCFHP a la dirección y número de teléfono anteriores. Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en braille, en letra grande o en audio, llame o escriba al encargado de Privacidad de SCFHP al número o a la dirección que figuran en la página 262.

---

## **G.Fraude, desperdicio y abuso**

El fraude en la atención médica es un problema grave. El fraude hace que el cuidado de la salud sea más costoso para todos. Algunas formas de abuso y fraude en la atención médica pueden poner en peligro su salud, seguridad y bienestar. Usted puede ayudar a detener este desperdicio y abuso.

### **G1. Fraude en la atención médica**

- El fraude en el cuidado de la salud es un acto deshonesto que se hace a propósito. Estos pueden ser algunos ejemplos:
  - Permitir que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro.
  - Usar información falsa para obtener beneficios o servicios médicos.
  - Obtener recetas para abuso o venta de drogas.
  - Visitar a varios médicos para recibir diferentes recetas para un mismo medicamento.
  - Indicar a un proveedor que le facture servicios que no recibió.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Cometer fraude es un delito. Para obtener más información, visite [www.namisantaclara.org/crisis-info](http://www.namisantaclara.org/crisis-info).

- **Protección ante el fraude.** Cualquiera puede cometer fraude, por ejemplo:
  - los miembros o las personas encargadas del cuidado;
  - los proveedores de equipos médicos;
  - los empleados de hospitales;
  - los servicios de facturación.
  - Médicos
- **Cómo protegerse del fraude:**
  - Nunca permita que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro.
  - Sepa quién tiene acceso a su información, como un familiar o la persona encargada del cuidado.
  - Pregunte a los médicos cuáles son las pruebas y los procedimientos exactos que quieren que usted se realice antes de someterse a ellos. Pregúnteles también por qué necesita estas pruebas.
  - Mantenga un control de las consultas médicas y de las citas a las que asiste, no asiste o cancela.
  - Si recibe facturas o declaraciones de reclamos por cualquier servicio, revíselas y asegúrese de que estén correctas. (Nota: No debería recibir facturas por los beneficios cubiertos por Medi-Cal o Cal MediConnect.
  - Si encuentra información confusa o que no le parece correcta en esta Explicación de beneficios (EOB) médicos o de medicamentos de venta con receta, llámenos al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
  - Preste atención a los servicios médicos “gratuitos”.
  - Tenga cuidado con las personas que le soliciten su número de identificación de miembro, información de identificación personal o historia clínica.
  - Si usa una computadora, cierre por completo su sesión en todas las cuentas protegidas por contraseña.
- **Avísenos de inmediato si ocurre lo siguiente:**
  - Le roban o pierde su tarjeta.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Una declaración muestra servicios, proveedores o fechas de servicio que no son correctas. (Nota: No debería recibir facturas por los beneficios cubiertos por Medi-Cal o Cal MediConnect.

El hecho de que haya diferencias entre sus registros y los registros del médico no significa que haya habido fraude. Podría ser simplemente un error. Llámenos para informarnos sobre estas diferencias y así podremos revisarlas.

## **G2. Cómo denunciar situaciones de fraude, desperdicio y abuso**

Denunciar un acto de fraude es responsabilidad de todos. SCFHP se toma muy en serio los actos de fraude, desperdicio y abuso. Si sospecha de fraude, comuníquese con nuestra Línea directa de denuncia de fraudes lo antes posible. Cuanta más información pueda proporcionar, mayores serán las posibilidades de revisar y resolver el caso con éxito.

Todas las llamadas a la Línea directa de denuncia de fraudes de SCFHP son anónimas y confidenciales.

- Línea directa de denuncia de fraudes:

Teléfono: 1-408-874-1450, 24/7.

TTY: 711

Correo electrónico: [ReportFraud@scfhp.com](mailto:ReportFraud@scfhp.com)

Fax: 1-408-874-1970

Attn: Compliance Officer  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

También se puede comunicar con las siguientes agencias federales:

- Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California:

Teléfono: 1-800-822-6222

Correo electrónico: [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov)

Sitio web: Denuncias de fraude en línea

PAU MS 2200  
PO Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Oficina del inspector general del HHS

Teléfono: 1-800-447-8477

TTY: 1-800-377-4950

Sitio web: Denuncias de fraude en línea

Línea directa de consejos del HHS

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026-3489

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Teléfono: 1-800-633-4227

TTY: 1-877-486-2048

Sitio web: [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)

Denuncias de fraude en línea: [www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html](http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/ReportFraudandSuspectedFraud.html)

Centro de contacto para beneficiarios de Medicare

P.O. Box 39

Lawrence, KS 66044

---

## H. Declaración afirmativa sobre los incentivos

### Santa Clara Family Health Plan afirma que:

- La toma de decisiones de Gestión de utilización (Utilization Management, UM) se basa únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y en la existencia de cobertura.
- La organización no recompensa específicamente a los profesionales médicos ni a otras personas por emitir denegaciones sobre la atención en los servicios o la cobertura.
- Los incentivos para los encargados de tomar decisiones de UM no fomentan las decisiones que den como resultado la subutilización.
- Los incentivos, incluyendo la compensación, para cualquier persona no están basados en la cantidad ni en los tipos de decisiones de denegación que se emitan.

Si tiene preguntas respecto a esta declaración, llame al Departamento de Gestión de utilización al 1-408-874-1821.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



---

## I. Cómo Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) evalúa las nuevas tecnologías

Cada año, SCFHP procura cambios y avances en el cuidado de la salud que puedan mejorar su atención. Estudiamos nuevos tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos. A esto lo llamamos “nuevas tecnologías”.

Para considerar el uso de cualquier nueva tecnología, investigamos informes científicos relacionados y cualquier otra información pertinente del gobierno y de especialistas médicos. También tenemos en cuenta el valor de dicha tecnología, su funcionamiento y los estándares de seguridad correspondientes. Luego de una revisión detallada, decidimos si deberíamos cubrir esta nueva tecnología como beneficio de salud. Los miembros y los proveedores pueden presentar solicitudes directamente a SCFHP para la revisión de nuevas tecnologías.

---

## J. Quality Improvement

La calidad es importante para nosotros y por eso SCFHP cuenta con un sólido Programa de Mejoramiento de la Calidad. El objetivo de este programa es asegurarnos de que constantemente mejoremos la calidad, la seguridad y la satisfacción en la atención de todos nuestros miembros.

El proceso de mejoramiento de calidad permite realizar lo siguiente:

- identificar áreas que deban mejorarse en lo que respecta a la atención de los miembros y el servicio al cliente;
- establecer las prioridades para la revisión; y
- desarrollar maneras eficaces de abordar las áreas para garantizar las mejoras.

SCFHP identifica las áreas que requieren mejoramiento mediante los siguientes métodos:

- Posibles problemas de calidad (PQI)
- Quejas y apelaciones
- Proyectos de mejoramiento de la calidad (QIP)
- Consejo de Asesoramiento al Consumidor (CAB): consulte abajo para obtener más información.
- Encuesta de resultados de la salud (HOS)



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Encuesta de evaluación del consumidor de sistemas y proveedores de cuidados de la salud (CAHPS)
- Métricas del conjunto de datos e información de efectividad de la atención médica (HEDIS)
- Revisiones de las instalaciones del centro (FSR)
- Revisiones de colegas
- Estándares de disponibilidad y acceso de proveedores

SCFHP tiene un grupo llamado el Consejo de Asesoramiento al Consumidor (CAB). Este grupo está compuesto por miembros, sus familiares u otras personas encargadas del cuidado y representantes de organizaciones comunitarias. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de SCFHP y es responsable de:

- Hacer comentarios sobre servicios, beneficios, proveedores, problemas y formas para mejorar la administración del programa.
- Hacer comentarios sobre eventos, actividades, comunicación y materiales para miembros.
- Participar en programas de gestión de calidad.
- Ayudar a SCFHP a encontrar brechas en el cuidado de la salud de los miembros, incluidos los miembros que usan servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y los miembros con otras necesidades especiales.

Si quisiera formar parte de este grupo, llame al Servicio al Cliente de SCFHP.

Para obtener más información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad de SCFHP, lea la descripción del Programa de Mejoramiento de la Calidad disponible en nuestro sitio web, en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en este *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar la información que está buscando o si necesita información que no esté incluida en la definición, comuníquese con el área de Servicio al Cliente.

**Actividades de la vida diaria (ADL):** Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Administrador de casos (coordinador de cuidados):** una persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.

**Apelación:** una forma en la que usted puede impugnar nuestra acción es si considera que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura al presentar una apelación. En el Capítulo 9, página 178, se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

**Aquí incluimos un ejemplo:** Digamos que el copago por su medicamento para el suministro de un mes (suministro de 31 días) es de \$3.90. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es de \$0.12 por día. Si recibe un suministro del medicamento para siete días, su pago será de \$0.12 por día multiplicado por siete días, para un pago total de \$0.88.

**Asistente de salud en el hogar:** una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios que se le han indicado). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia ni proporcionan terapia.

**Audiencia estatal:** Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no aprobamos o si dejamos de pagar por un servicio de Medi-Cal que usted ya recibe, tiene derecho de solicitar una audiencia estatal. Si la decisión de audiencia estatal es favorable para usted, debemos brindarle el servicio que solicitó.

**Autorización previa:** Una aprobación que debe recibir del Plan de Cal MediConnect de SCFHP para poder recibir un servicio o medicamento específico o para consultar a un proveedor fuera de la red. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no obtiene la autorización.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Algunos de los servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red reciben autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que requieren autorización previa de nuestro plan están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, página 67.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si usted obtiene autorización previa de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

**Ayuda adicional:** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se conoce como “Subsidios para bajos ingresos” o “LIS”.

**Área de servicio:** un área geográfica en donde el plan de salud acepta a los miembros si limita la membresía con base en el lugar de residencia de las personas. Para los planes que limitan cuáles médicos y hospitales puede usar, por lo general también es el área en donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El Plan de Cal MediConnect de SCFHP es solo para las personas que viven en nuestra área de servicio.

**Cal MediConnect:** un programa que proporciona sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos en un plan de salud. Usted tiene una tarjeta de identificación de miembro para todos sus beneficios.

**Cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelar su membresía en su plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no su propia decisión).

**Capacitación de competencia cultural:** Capacitación que proporciona conocimientos a nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayudan a entender mejor los antecedentes de los pacientes, sus valores y sus creencias, a fin de adaptarse para cumplir con las necesidades idiomáticas, sociales y culturales de dichos pacientes.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** un centro de enfermería que cuenta con el personal y equipo necesarios para proporcionarle cuidados especializados de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF):** un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Este ofrece una variedad de servicios, incluyendo fisioterapia, servicios sociales y psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** es un centro que proporciona servicios de cirugía ambulatoria a los pacientes que no necesitan atención en el hospital y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

**Centro u hogar para personas mayores:** un lugar que brinda cuidado para las personas que no pueden recibir su cuidado en casa pero que no necesitan estar en el hospital.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, página 21, se explica cómo comunicarse con los CMS.

**Copago:** un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que obtiene algunos medicamentos de venta con receta. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento de venta con receta.

**Costo compartido:** la parte de sus costos de cuidado de la salud que usted podría tener que pagar cada mes antes de que los beneficios del Plan de Cal MediConnect entren en vigencia. La cantidad de su costo compartido (SOC) varía dependiendo de sus ingresos y recursos.

**Costos compartidos:** los montos que usted tiene que pagar cuando reciba algunos servicios o medicamentos de venta con receta. Los costos compartidos incluyen los copagos.

**Costos de bolsillo (OOP):** El requisito de costos compartidos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciban también se conoce como el requisito de “costos de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” antes.

**Cuidado de emergencia:** los servicios cubiertos que presta un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

**Cuidado de urgencia:** cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o estado médico repentino que no es una emergencia, pero requiere de cuidado inmediato. Puede obtener cuidado necesario de urgencia con los proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no pueden proporcionarlo o usted no puede llegar con ellos.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF):** cuidados especializados de enfermería y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero con licencia o un médico pueden administrar.

**Cuidados paliativos:** un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico terminal a que vivan de manera cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal, tiene el derecho de elegir los cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y personas encargadas del cuidado especialmente capacitados proporcionan atención integral para la persona, incluyendo las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Cal MediConnect de SCFHP debe entregarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

**Decisión de cobertura:** una decisión acerca de qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, página 178, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC):** el Departamento de estado en California que es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas inscritas en el Plan de Cal MediConnect con las apelaciones y quejas acerca de los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza Revisiones médicas independientes (IMR).

**Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS):** el Departamento de estado en California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal en California), conocido por lo general como “el estado” en este manual.

**Derivación:** Una derivación significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación para que usted consulte a alguien que no sea su proveedor de atención primaria. Si usted no obtiene la aprobación, el Plan de Cal MediConnect de SCFHP podría no cubrir los servicios. Para algunos especialistas, como los especialistas en salud femenina, usted no necesita una derivación. Puede encontrar más información sobre las referencias en el Capítulo 3, página 45 y sobre los servicios que requieren referencias en el Capítulo 4, página 67.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Determinación de la organización:** el plan ha tomado una determinación de la organización cuando este o uno de sus proveedores toma una decisión acerca de si sus servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones sobre cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

**Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT o Equipo de cuidado):** un equipo de cuidado podría incluir a médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están dispuestos a brindarle el cuidado que necesita. Su equipo de cuidado también le ayudará a hacer un plan de cuidado.

**Equipo de cuidado:** consulte el “Equipo de cuidado interdisciplinario”.

**Equipo médico duradero (DME):** Algunos artículos que puede ordenar su médico para usarlos en su casa. Entre los ejemplos de estos artículos están las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas eléctricos para colchones, los suministros para la diabetes, las camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en el hogar, las bombas de infusión intravenosa (IV), los dispositivos generadores del habla, los suministros y equipos de oxígeno, los nebulizadores y los andadores.

**Especialista:** un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica.

**Etapas de cobertura catastrófica:** La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en donde el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando alcanza el límite de \$6,550 para sus medicamentos de venta con receta.

**Etapas de cobertura inicial:** etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D alcancen los \$6,550. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que su plan pagó en su nombre y el subsidio de bajos ingresos. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

**Evaluación de riesgos de salud:** una revisión de la historia médica y estado médico actual del paciente. Se usa para determinar el estado de salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Excepción:** permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin algunas reglas y limitaciones.

**Facturación inadecuada/inapropiada:** una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura a usted más de costos compartidos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación como miembro del Plan de Cal MediConnect de SCFHP cuando reciba algún servicio o recetas. Llame a Servicio al Cliente si recibe alguna factura que no entiende.

Como el Plan de Cal MediConnect de SCFHP cubre el costo total de sus servicios médicos, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

**Farmacia de la red:** una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si las surte en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proveer los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen algunas condiciones.

**Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP):** un programa que proporciona información gratuita y objetiva, y asesoramiento sobre Medicare. En el Capítulo 2, página 21, se explica cómo comunicarse con HICAP.

**Hospitalizado:** un término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo admiten formalmente, aún se le podría considerar como paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado si se queda durante la noche.

**Información personal de salud (también llamada “información médica protegida”) (PHI):** información sobre usted y su salud, tal como su nombre, dirección, número del Seguro Social, consultas médicas e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de SCFHP para obtener más información sobre cómo SCFHP protege, usa y divulga su PHI, así como también sus derechos con respecto a su PHI.

**Límites de cantidad:** un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos):** Una lista de los medicamentos de venta con receta y de los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de los médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que usted deba seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos algunas veces se llama “lista.”

**Manual del miembro e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Medicamento de marca:** un medicamento de venta con receta y vendido por la compañía que fabricó el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de estos. Otras compañías farmacéuticas generalmente fabrican y venden los medicamentos genéricos.

**Medicamento genérico:** un medicamento de venta con receta aprobado por el gobierno federal para usarlo en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Usualmente es más barato y funciona igual que un medicamento de marca.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para indicar todos los medicamentos de venta con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** los medicamentos que pueden tener cobertura bajo la Parte D de Medicare. El congreso específicamente excluyó algunas categorías de medicamentos de la cobertura, tales como los medicamentos de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de estos medicamentos.

**Medicamentos de la Parte D:** consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de venta libre Los medicamentos de venta libre (OTC)** se refieren a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional del cuidado de la salud.

**Parte A:** consulte “Parte A de Medicare”.

**Parte B:** consulte “Parte B de Medicare”.

**Parte C:** consulte “Parte C de Medicare”.

**Parte D:** consulte la “Parte D de Medicare”.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Medicare:** Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de servicios médicos administrados (consulte “Plan de salud”).

**Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio):** el gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagando los montos de los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si usted no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Medi-Cal:** es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado y pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y los costos médicos.
- También cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted califica para Medicare y Medi-Cal.
- Consulte el Capítulo 2, página 21 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

**Médicamente necesario:** Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye atención médica que prevenga que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas mayores. Esto también significa los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. Médicamente necesario hace referencia a los servicios razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o aliviar dolores graves mediante el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, lesiones o heridas.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Miembro de Medicare-Medi-Cal (cumple con los requisitos doblemente):** una persona que cumple con los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un miembro de Medicare-Medi-Cal también se conoce como “un beneficiario que cumple con los requisitos doblemente”.

**Parte A de Medicare:** el programa Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centro de enfermería especializada, cuidado de salud en el hogar y cuidados paliativos médicamente necesarios.

**Parte B de Medicare:** el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o estado médico. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios de prevención y exámenes de detección.

**Parte C de Medicare:** el programa de Medicare que permite que las compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

**Parte D de Medicare:** el programa de beneficios de medicamentos de venta con receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de venta con receta, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare o Medi-Cal. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP incluye la Parte D de Medicare.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona que tiene Medicare y Medi-Cal y que califica para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

**Nivel de costos compartidos:** un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como “Lista de medicamentos”) está en uno de los cuatro niveles de costos compartidos. En general, mientras mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

**Niveles de medicamentos:** grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca comercial o de venta libre (OTC) son ejemplos de los niveles de medicamentos. Cada medicamento de la lista de medicamentos está en uno de los cuatro niveles.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Ombudsman:** Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios de Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el Programa Ombuds de Cal MediConnect en el Capítulo 2, página 21, y en el Capítulo 9, página 178 de este manual.

**Organización de mejoramiento de la calidad (QIO):** un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. A ellos les paga el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, página 21 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Pago de ayuda pendiente:** Puede continuar recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación de Nivel 1 o una audiencia estatal (consulte el Capítulo 9, página 178, para obtener más información). Esta continuación de la cobertura se conoce como “pago de ayuda pendiente”.

**Plan de atención individualizado (ICP o Plan de atención):** un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

**Plan de atención:** Consulte “Plan de atención individualizado”.

**Plan de salud:** una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene administradores de casos, quienes le ayudan a tener el control de todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajarán juntos para darle el cuidado que usted necesita.

**Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

**Planes de Medi-Cal:** los planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como los servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son separados.

**Planes de Program for All-inclusive Care for the Elderly (PACE):** un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para las personas de 55 años y más que necesitan un nivel superior de cuidado para vivir en casa.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Programa de Ingreso Suplementario (SSI):** un beneficio mensual pagado por el Seguro social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro social.

**Programa de servicios multifuncionales para personas de la tercera edad (MSSP):** un programa que ofrece Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) a las personas que cumplen con los requisitos de Medi-Cal que tienen 65 años de edad o más con discapacidades como una alternativa a recibir los servicios en un centro de enfermería.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba todo el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También podrían hablar con otros médicos y proveedores de cuidados de la salud acerca de su cuidado y referirle con ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud.
- Consulte el Capítulo 3, página 45 para obtener información sobre cómo obtener atención de los proveedores de atención primaria.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de la salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Ellos tienen licencia o están certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se conocen como “proveedores del plan”.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no es empleado, propiedad de u operado por nuestro plan y que no tiene un contrato para proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, página 45, se explican los proveedores o centros médicos fuera de la red.

**Prótesis y ortodoncia:** estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidados de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a aparatos ortopédicos para el brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Queja:** una declaración por escrito u oral que indique que usted tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o cuidado cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud acerca de la calidad del servicio, calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de "presentar una queja" es "presentar una queja formal".

**Queja:** una queja que usted presenta acerca de nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su cuidado o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

**Revisión médica independiente (IMR):** si rechazamos su solicitud de servicios médicos o tratamiento, usted puede apelar nuestra decisión. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema está relacionado con el servicio de Medi-Cal, incluyendo suministros del DME y medicamentos, puede pedirle al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California una IMR. Usted dispone de una IMR para cualquier servicio y artículo médico cubierto por Medi-Cal. Si la decisión de IMR es favorable para usted, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no pagará nada por una IMR.

**Salud conductual:** un término integral que se refiere a los trastornos por el uso de sustancias y salud mental.

**Servicio al Cliente:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, página 21 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**Servicios comunitarios para adultos (CBAS):** programa de servicio para pacientes ambulatorios en centros que proporciona cuidados especializados de enfermería, servicios sociales, terapia ocupacional y terapia del habla, cuidado personal, capacitación y apoyo a la familia o persona encargada del cuidado, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a los miembros que sean elegibles según los criterios de elegibilidad aplicables.

**Servicios cubiertos de Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Servicios cubiertos:** el término general que usamos para indicar todos los servicios de cuidado de la salud, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos de venta con receta y de venta libre (OTC), equipo y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** el tratamiento que usted obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Consulte el Capítulo 4, página 67 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Servicios opcionales del plan de atención (Servicios de CPO):** servicios adicionales que son opcionales bajo su Plan de atención individualizado (ICP). Estos servicios no están diseñados para reemplazar los servicios y apoyo a largo plazo que usted está autorizado a recibir bajo Medi-Cal.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar un estado médico de largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en casa, de manera que no tenga que ir a un hogar para personas mayores o a un hospital. LTSS incluye el Programa de Servicios Multifuncionales para Personas de la Tercera Edad (MSSP), los Servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los centros de enfermería/centros para el tratamiento de enfermedades subagudas (NF/SCF).

**Silver&Fit® (proveedor del beneficio de acondicionamiento físico):** American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), provee el programa Silver&Fit®. Silver&Fit y ASHConnect son marcas registradas de ASH y se utilizan con el permiso aquí concedido. Visite [www.silverandfit.com](http://www.silverandfit.com) o llame al Servicio al Cliente de Silver&Fit al 1-877-427-4788 de lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m., hora del Pacífico. Consulte el Capítulo 4, sección D, página 84.



---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte la “ayuda adicional”.

**Tarifa diaria de costos compartidos:** una tarifa que puede aplicar cuando su médico le recete menos del suministro para un mes completo de algunos medicamentos para usted y para los que usted tiene que pagar un copago. Una tarifa de costos compartidos diaria es el copago dividido entre el número de días en el suministro para un mes.

**Tratamiento progresivo:** una regla de cobertura que requiere que usted pruebe primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted está pidiendo.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL**

